

# Mellom barnet og atferden

## - Når nyansene forsvinner



Hva er terapeuters erfaringer og opplevelser med å ivareta barn og barneperspektivet i foreldrefokusert behandling?

**Frank Norman Leversund**

Veileder: Erik Leinum  
Diakonhjemmet høgskole – Vår 2011, 28. april.  
Avd. for etter- og videreutdanning  
Antall ord: 28 335

## Forord

Denne masteroppgaven har for meg vært en ekspedisjon. På denne ekspedisjonen har jeg hatt med meg mange sherpaer. Først en stor takk til de tre terapeutene som delte sine opplevelser, erfaringer, refleksjoner og praksiskunnskap. Dere gav meg tilgang til å forske på deler av min egen virkelighet, noe som for meg opplevdes spennende, lærerikt, utfordrende, utviklende og ansvarliggjørende. En stor og varm takk til kullansvarlig på Diakonhjemmet, Anne Øfsti. Når det som dere omtalte som ”kreativt uro” for meg ble uhåndterlig, hadde du alltid tid til en prat eller svarte på en mail som skapte balanse. Takk til veileder Erik Leinum. Du har vært positiv og støttende i denne prosessen. Spesielt takk til medstudent Anne-Berit Østvik, du har delt mye av dine erfaringer og kunnskaper som har vært nyttig for min masterprosess.

Takk til min arbeidsgiver, spesielt til leder Gunnar Kyrkjebø og avdelingsleder Karin Vie som har gjort det økonomisk og tidsmessig mulig for meg å ta denne utdanningen, og til mine kolleger for de ekstra belastninger det har medført.

Takk til familieterapeut Remi Stubberud som min psykologiske storebror har vært engasjert og interessert i studiet og skriveprosessen. Takk til Dorte Stang for teknisk support.

Aller mest takk til kona mi Elisabeth. Uten ditt pågangsmot, støtte, gjennomlesning og språkvask hadde det ikke blitt noen masteroppgave. Neste gang er det din tur. Takk til mine fire barn Vilje, Sigyn, Styrk og Njord. Dere har nok merket at pappa har vært litt fraværende, selv om han har vært hjemme. Takk til foreldre og svigerforeldre, spesielt til svigermor for engasjement, gjennomlesning, kommentarer og oppmuntring.

Florø, 27. april 2011,

*Frank Norman Leversund*

## Sammendrag

En foreldreorientert tilnærming for å hjelpe barn og unge med å få best mulig utvikling er utfordrende. I den prosessen er det foreldrene som kommer i fokus, selv om det er barna som skal hjelpes. Denne undersøkelsen omhandler tre terapeuter i Statens barnevern og deres fortellinger, deres beskrivelser og refleksjoner i å ivareta barn i en foreldrefokusert behandling.

Gjennom metoden Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) er følgende spørsmål belyst i undersøkelsen:

- Hva er informanten sin opplevelse av barneperspektivet, og hvor står informanten selv i forhold til dette?
- Hva er informantens opplevelser og erfaringer med barneperspektivet i samtaler med foreldre?
- Hva er fordeler og utfordringer knyttet til å fokusere på barneperspektivet i samtaler med foreldre?
- Har fokuset på barneperspektivet blitt styrket eller svekket de siste årene. Hva tenker en om barneperspektivets plass i fremtiden?
- Hvilket ansvar har terapeuten i forhold til å ivareta barneperspektivet sin plass i samtale med foreldre?

Funnene viser at det er utfordrende å ivareta barneperspektivet i en foreldreorientert og atferdsrettet hverdag. Terapeutene opplever at de ivaretar barn og barneperspektivet, men de ønsker i større grad å snakke med og inkludere barnet i samtalen. Funnene viser at terapeutene forstår atferdsproblemer ut fra kontekstuelle faktorer og ikke som barnets individuelle sårbarhet, og i ulik grad samsvarer med en evidensbasert foreldreorientert tilnærming. Funnene viser at terapeutene opplever det utfordrende og vanskelig å stille foreldre spørsmål om vold, overgrep, rus og psykisk helse og opplever at det i liten grad er forenelig med behandling. Funnene i undersøkelsen blir diskutert i forhold til teori og empiri om barneperspektivet, evidensbaserte- og foreldrefokuserte metoder, kontekstuell tilnærming til barn og foreldre og behov.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b>	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Problemstilling og formål med studien	7
1.3 Oppbygging av oppgaven	8
<b>2 Teori</b>	9
2.1 Kan vi ta barnets perspektiv, eller må vi spørre barnet om det først?	10
2.1.1 Barneperspektiv og selvoppfatning	11
2.2 Den medisinske og kontekstuelle modellen	12
2.2.1 Offentlige implementerte manualbaserte og foreldreorienterte metoder	14
2.2.2 Smittsom omsorgsvikt	16
2.2.3 "Fellesfaktorer" i den manualbaserte verden	18
2.2.4 Hva virker i terapi, og hvorfor virker det?	18
2.3 I den manualbaserte verden	20
2.3.1 Mellomrommet mellom barnet og atferden	21
2.3.2 Individ og samværsverdier	22
2.3.3 Den terapeutiske hverdagen	24
2.3.4 Konsekvensrelaterte spørsmål	25
<b>3.0 Metode</b>	27
3.1 Fenomenologi og hermeneutikk	27
3.1.1 Positivism og Postmodernisme	28
3.1.2 Forforståelse	29
3.1.3 En presisering	31
3.2 En kvalitativ tilnærming	31
3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju	32
3.2.2 Fra lyd til tekst	32
3.2.3 Utvalg	33
3.2.4 Forske på eget fagfelt	35
3.2.5 Analysemetode	36
3.2.6 Analysens oppbygging	37
3.3 Forskningsetiske overveielser og metodiske implikasjoner	39
3.3.1 Anonymitet og taushetsplikt	39
3.3.2 Validitet og reliabilitet	40
3.3.3 Generaliserbarhet	41
<b>4 Analyse</b>	42
4.1 Barneperspektivet i en offentlig og politisk sammenheng	42
4.2 Barn og barneperspektivet i samtalen	43
4.2.1 Fortellinger om å ta et barneperspektiv	43
4.2.2 Fortellinger om barn og barneperspektivet i samtalen	49
4.2.3 Oppsummering	52
4.3 Foreldreomsorg	52
4.3.1 Fortellinger om møter med foreldre i krise	52
4.3.2 Det barnet forteller	55
4.3.3 Foreldre som hører hva barnet og terapeuter forteller	59
4.3.4 Oppsummering	62
4.4 Behandling og ansvar	63
4.4.1 Barn i samtalen, styrke og dilemmaer	64
4.4.2 I rommet mellom behandling og ansvar	67
4.4.3 Oppsummering	72

<b>5 Mellom ideal, evidens, kontekstuell og praksis .....</b>	<b>73</b>
5.1 Barneperspektivet i praksis .....	733
5.1.1 Barnet mellom den evidensbaserte praksis og den kontekstuelle forståelsen .....	75
5.1.2 Foreldrene vi møter .....	75
5.1.3 Spørsmål om nære relasjoner og tilstander .....	77
5.2 Hvilken betydning kan studien ha for fremtidig forskning og utvikling?.....	77
Litteraturliste .....	79
INTERVJUGUIDE .....	84
INFORMASJONSSKRIV.....	877

# 1 Innledning

*”Hun glemmer det aldri. Synet av sønnen som kjempet for sitt liv mot kniven hjemme i stua på Nøtterøy. Dødshylene fra ungen sin. Men, pappa, jeg er jo glad i deg. Pappa, jeg er glad i deg, ropte 14-åringen forgjeves. Den 42 år gammel kvinnen forteller mens hun gråter. Hun gjenopplever marerittet. Trekker beina godt oppunder seg” (Berg, Vinding og Alsaker-Nøstdahl, 2010)*

*”Fem personer er tiltalt for voldtekt og andre overgrep mot flere barn i overgrepssaken i Alvdal.” (Vespestad, 2010)*

Christoffer-saken og Alvdal-saken har gjort sterkt inntrykk på oss alle. Statistisk antar man i Norge at ”100 000 barn lever og opplever vold i nære relasjoner og 450 000 barn lever i utrygge hjem” (Wellen 2006) Forskning viser til at det er store mørketall. Hva er det som gjør at mange av disse sakene ikke er blitt tatt hånd om av barnevern, barne- og ungdomspsykiatri, helsestasjoner og familiekontorer?

Vi tar på oss et ansvar ved å jobbe med barn og foreldre. Det ansvaret er ikke lett å bære, men noe vi må forholde oss til. En leder i barnevernet blir sitert slik:

*”Lederen i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets (Bufdir) Eyvind Elgesem sier at det krever kompetanse for å skjønne at en situasjon er farligere enn det ser ut som, og mot for å gripe inn. Selv om det er store problemer, kan det være svake tegn. Det er et dilemma som kan gjøre det vanskelig å begrunne store inngrep, forklarer avdelingsdirektøren” (Berg og Vinding, 2010)*

Eyvind Elgesem (ibid.) sier at barnevernet ikke gjør den jobben det skal i forhold til å følge opp saker. Han påpeker viktigheten med kompetanse til å se lenger ”inn” i barnevernssaker og se etter tegn ved barn, foreldre og deres samspill på at noe ikke er slik som en ønsker det skal være. Han snakker om mot til å gripe inn. Mot har flere fasetter. Det kan være mot til å undersøke mer, og mot til å spørre barnet om hvordan det har det hjemme, med seg selv, på skolen og på fritiden. Det kan være mot til å stille foreldre de konkrete spørsmålene rundt vold, overgrep, rus og psykisk sykdom. Reidun Hafstad og Haldor Øvreeide (1998, s. 213) snakker om at det må være en kultur innenfor de ulike instanser for å stille nære, konkrete, konsekvensrelaterte og konsekvensetiske spørsmål. Vil en slik kultur være viktig for å kunne vise det motet avdelingsdirektøren etterlyser, og for å tilegne seg den kompetansen som kreves til å få kartlagt sakene grundig?

Min forskning har til hensikt å forske på andre terapeuters opplevelser, erfaringer, kunnskap samt andre kilder til kunnskap i forhold til å ivareta barneperspektivet i terapi. Hensikten er å analysere kunnskapen og kilden til de terapeutiske valgene, samt de terapeutiske handlingene og erfaringene som forklarer hvorfor en gjør som en gjør.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

I internundervisning på mitt arbeidssted var det en familieterapeut som underviste om vold i nære relasjoner. Det gjorde inntrykk at det var mange tusen barn som lever i utrygge familiekonstellasjoner der de er vitne til eller utsatt for vold. I tillegg fikk barna i familier med voldsproblematikk, i 80 til 90 prosent av tilfellene med seg den volden som foregikk. Det som ble sagt var at vi som terapeuter ble for puslete. Stiller vi spørsmål ved om det kan være utrygt hjemme eller om de utsettes for vold? Familieterapeuten hevdet at terapeuter som oftest ga seg for tidlig i spørsmålstillingen om vold og overgrep, og ble for fort fornøyd.

Det skapte et ubehag å vite at hver tiende ungdom har sett eller opplevd at en av foreldrene har blitt utsatt for vold (Stefansen, 2007, s. 10). I mine refleksjoner antok jeg som en del av det statlige barnevernet, at vi trolig møter disse barna og foreldrene deres, ganske ofte. Hva er det som gjør at vi ikke ser eller identifiserer barna som lever i utrygge familier?

## **1.2 Problemstilling og formål med studien**

Problemstillingen er knyttet til terapeuters erfaringer og opplevelser av å ivareta barn og barneperspektivet med utgangspunkt i en foreldreorientert tilnærming metode. I intervjuene ble det snakket om samtaler der barn selv ikke var representert, og om samtaler der barn representerte seg selv. Informantene kommer fra det Statlige barnevernets hjemmebaserte tiltak. Jeg vil i denne oppgaven se på den terapeutiske konteksten i lys av teori og metoder vedrørende samtaler med foreldre og behandling av barn.

Jeg ønsker først å synliggjøre barn og barneperspektivets mange fasetter og dilemmaer. Jeg vil ved hjelp av teori og empiri og belyse informantenes erfaringer og deres opplevelser med å ivareta barneperspektivet i en metodisk kompleks hverdag. Samtidig håper jeg at denne studien kan bidra til å se muligheter, utfordringer og nye praksiser i barnevernfeltet.

Noen forskningsspørsmål som ble viktige:

- Hva er informanten sin opplevelse av barneperspektivet, og hvor står informanten selv i forhold til barneperspektivet?
- Hva er informantens opplevelser og erfaringer med barneperspektivet i samtaler med foreldre?
- Fordeler og utfordringer knyttet til å fokusere på barneperspektivet i samtaler med foreldre?
- Har fokuset på barneperspektivet blitt styrket eller svekket de siste årene? Hva tenker en om barneperspektivets plass i fremtiden?
- Hvilket ansvar har terapeuten i forhold til å ivareta barneperspektivet plass i samtale med foreldre?

Disse spørsmålene bidro til følgende problemstilling:

**”Hva er terapeuters erfaringer og opplevelser med å ivareta barn og barneperspektivet i foreldrefokusert behandling?”**

### **1.3 Oppbygging av oppgaven**

Jeg har i kapittel 1 gjort rede for mitt valg av tema og studiens kontekst. Videre har jeg vist til bakgrunn for valg av forskningsspørsmål og problemstilling, samt mitt formål med undersøkelsen.

I kapittel 2 fremkommer teori og empiri om ulike forståelser av barneperspektivet og metodiske tilnærminger i foreldreorientert behandling og mine valg for denne studien, basert på en konstruktivistisk grunnlagsforståelse. Her vil også teori om barneperspektivet, og teori om barn og foreldres basale behov, bli presentert. Jeg vil sette søkelys på evidens basert praksis med utgangspunkt i Per Jensens artikkel om den ”Store psykoterapi debatten” (2006) og en artikkel til Jesper Juul om det han kaller ”Smittsom omsorgsvikt” (2011). Til slutt vil jeg belyse det Hafstad og Øvreeide (1998, s. 212) benevner som konsekvensetiske spørsmål.

I metodekapittelet, kapittel 3, gir jeg en kort innføring i vitenskapsteoretiske paradigmer og mine valg her, før jeg nærmere beskriver Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) som er mitt valg av metode. Jeg vil vise til IPAs teoretiske ståsted både som metode og



analyseredskap. Avslutningsvis vil jeg presentere mine erfaringer med innsamling og analyse av datamaterialet.

I kapittel 4, vil mine funn bli presentert, først ved å se på informantenes opplevelser, erfaringer og refleksjoner i forhold ulike sider ved barneperspektivet og barns deltagelse i samtaler. Deretter vil jeg vise til hvordan de erfarer og tenker om foreldre med egne behov for behandling. Avslutningsvis vil jeg presentere barnevernarbeidernes beskrivelser av sine terapeutiske strategier, tilnærminger og hvordan disse kan forstås. Under hvert kapittel vil jeg reflektere over og oppsummere funnene i lys av det informantene beskriver som et ideal for sin praksis og hvordan det samsvarer med den praksisen de bedriver. En oppsummering av de ulike funnene i kapittel 4, vil bli sammenfattet og presentert i kapittel 5, sammen med mine tanker om hvordan disse kan benyttes i videre undersøkelser.

## 2 Teori

Hvordan beskriver terapeuten sitt syn på barneperspektivet og hvordan blir det synlig i en behandlingssamtale, i et behandlingsforløp og i en behandlingsmetode? Jeg vil først gi en grundigere redegjørelse for barneperspektivet. Av hensyn til teorikapittelets omfang, har jeg valgt å også vise til teori i analysen (se kapittel 4.).

I teoridelen har jeg valgt å fokusere på teori og empiri knyttet til barn og barneperspektivet. Kapittelet forsetter med evidensbasert forskning med utgangspunkt i Professor Per Jensen (2006) sin artikkel ”Hvordan kan den ”store psykoterapidebatten ” påvirke forståelsen av familieterapiforskningen. Der vil jeg også gjøre rede for artikkelen til den danske familieterapeuten Jesper Juul i Dagbladet (Juul, 2011). Jeg vil knytte den evidensbaserte forskningen opp mot hvilken betydning den kan ha for barneperspektivet. Det innebærer hvordan en møter barn og barneperspektivet i behandling som en del av teorigrunnlaget og metodevalg. Avslutningsvis har jeg valgt å se på teori med utgangspunkt i barn og foreldres basale behov (Aadland 1993) og konsekvensrelaterte spørsmål (Hafstad og Øvreide 1998)

### 2.1 Kan vi ta barnets perspektiv, eller må vi spørre barnet om det først?

*”Fortellinger om barndom skrives som oftest fra et voksent perspektiv. En voksen som ser tilbake og henter opp igjen fortellinger, minner, drømmer og ubehag. (Ullenberg og Øfsti, 2010, nr. 2 s. 91)*

Barnet er den eneste som lever sitt eget liv hvert sekund. Er det å snakke med barn og barnets opplevelse det mest relevante for å ivareta barn og barneperspektivet i foreldreorientert behandling? Oddbjørg Skjær Ulvik (2007, s. 31) viser til den norske pioneren innfor barneforskning, Per Olav Tiller. Han forstår barneperspektivet som hvordan verden ser ut for barnet. Hva barnet ser, hører, opplever og føler. Oddbjørg Skjær Ulvik har selv et kunnskapsperspektiv som sin tilnærming til barns livsverden, som ikke kan likestilles med barnets perspektiv eller slik barnet ser det. Det begrenser seg ikke til forskers subjektperspektiv, men rommer også det å utforske barnets subjektforståelse. Eline Thornquist (2003, s. 205) beskriver subjektivitet som en ressurs som aktivt brukes for å forstå de fenomener og den verden en tilstreber å forstå – ikke et forstyrrende element slik det er

ifølge et empiristisk/positivistisk vitenskapsideal. Oddbjørg Skjær Ulvik (2007, s. 31) utforsker og analyserer barnet som sosialt deltakende vesen med et subjektperspektiv og begrunner det med at det ikke er nok å bare snakke med barnet. Hun hevder at det som er viktig, er hvordan samtalematerialet produseres og hvordan det blir analysert. Hvordan det som kommer fram i samtaler med barn forstås og genereres til kunnskap, og legger til at det som studeres er variasjonen i hvordan barn utnytter og opplever sitt kulturelt definerte handlingsrom(ibid. 31,32). Det Ulvik sier er at en må snakke med barn, men at det ikke er nok. Hvordan en snakker, hensikten og hvordan en analyserer samtalen med barnet er viktig. En må i tillegg studere barnets kulturelle kontekst og hvordan den er definert for barnet. Den definerte kulturelle konteksten kan forstås som omsorgssituasjon, familiens sosioøkonomiske, psykososiale status og samfunnsvariasjoner.

Barneperspektivet et stort og diffust begrep som vi hører mye om i media og teori om behandling. Ulvik (ibid, s. 30) sier at barneperspektivet blir tematisert både i politikk og kunnskapsutvikling, men hun opplever at det er mer som en kommersialisert forståelse som mangler et konkretiserende innhold eller tilnærming av begrepet. Å ta høyde for barneperspektivet har høy legitimitet, og er noe de som arbeider med barn og foreldre opplever at de må ta høyde for. Jeg vil vise til en forståelse av begrepet med utgangspunkt i Gry Mette D. Haugen (2001, s. 34). Hun sier at det å anvende et barneperspektiv ”betyr å studere barn og barns virkelighet på barns premisser, lytte til barnas stemmer og prøve å se verden slik den ser ut for dem”. Haugen har som utgangspunkt at en ved å studere og lytte til barn kan klare å se hvordan barn opplever sin virkelighet. Hun sier også at barn gir andre svar en vi forventer og at disse svarene bryter med etablerte normer og tradisjonell oppfatning av hvordan verden skal være.

Kan det å studere og snakke barnet kunne gi oss et bedre blikk på hvordan barn tenker eller opplever verden? Opplever barn verden på relativt like måter?

### **2.1.1 Barneperspektiv og selvoppfatning**

Eide og Winger sier at ”kunnskapsutvikling om barn og deres livsverden ikke er bare om å søke kunnskap ”om barn”, men også om å søke kunnskap sammen med barn.”(2003, s. 17). For å få informasjon om hvordan barnet opplever og erfarer, må en ha barnet med i prosessen. For å være i prosess med barnet må en studere og snakke med barnet. Hafstad og Øvreide

sier at ”innenfor de forutsetninger og rammer som vil være felles for flere barn eller for alle barn, vil det enkelte barn organisere seg på en måte som er unik for dette barnet” (Hafstad og Øvreeide, 1998, s. 14). En slik forståelse viser at det vil være svært så utfordrende å ta barnets perspektiv, uten å inkludere barnet i perspektivtakingen. Barnets deltagelse i samtale kan være utfordrende både for foreldre og terapeuter. Wilson beskriver situasjonen slik;

*”How often as therapists have we wanted to escape the difficulty of being talking to a child who is omnipotently trying to control parents and shout down everyone else’s opinion. In these situations it is difficult to think of the child’s voice being “marginalized” (1998, s. 3).*

Wilson (ibid.) setter ord på noen av de utfordringene foreldre og terapeuter står overfor ved å bringe barnet inn i samtalen. Det kan være at foreldrene opplever at det er deres stemme som blir marginalisert og ikke barnets stemme. Terapeuten kan på sin side oppleve å bli marginalisert og handlingslammet, noe som vil utfordre terapeutens forsøk på å styre samtalen og ivareta deltagerne og seg selv i samtalen. Hvordan kan terapeuter få innblikk i barns selvoppfattelse? Elisabeth Backe-Hansen sier at;

*”Selvoppfatning kan forstås som relasjonelt og kontekstualisert fenomen. Det er relasjonelt fordi vår oppfatning av oss selv hele tiden vil avhenge av hvordan vi opplever at andre oppfatter oss. Det er kontekstualisert fordi det hele tiden skjer konstruksjoner av vår selvoppfatning som resultat av vår interaksjon med ulike personer i ulike sammenhenger. I dette inngår også kulturelt betingende forventninger”(1999, s.115).*

Slik Backe-Hansen forstår selvoppfattelse, vil det bety at barn er i en skiftende og samhandlende kontinuerlig prosess, der det tilpasser seg og forstår sine omgivelser i relasjonen til dem. Dette vil medføre at en i tillegg til å snakke med barn, må kartlegge deres omsorgsvilkår og skolehverdag for å bedre tilgangen på barns selvoppfatning og barneperspektiv. Barnets selvoppfattelse er ifølge Backe-Hansen ingen konstant tilstand.

## **2.2 Den medisinske og kontekstuell modellen**

I boka Klinisk barnepsykologi (Nielsen 1998, s. 16) defineres klinisk psykologi som en gren av psykologien der man tilstreber kunnskap og metodikk som kan bidra forståelsen av menneskelige kriser, plager og problemer. Psykologisk kunnskap og metode anvendes til å bedre individers funksjonering – kroppslig, mentalt og sosialt. Klinisk psykologi er en forskningsdisiplin der ny kunnskap produseres og nye metoder blir utviklet, og det er en

anvendt vitenskap der kunnskap og metoder blir brukt med formål å bedre menneskers velbefinnende(ibid).

Per Jensen (2006, s. 103) stiller spørsmålet om hvilken terapeut som har det beste tilbudet til hvilken klient. Per Jensen (ibid, s. 91) tar utgangspunkt i den medisinske og den kontekstuelle modellen. Den medisinske tradisjonen har en årsak- virkning forståelse, der en lokaliserer et problem og tilbyr en spesifikk ”medisin” som skal lege problemet. Modellen tar utgangspunkt i en forståelse der sykdom eller et problem har en vitenskaplig eller psykologisk forklaring. Den har en framgangsmåte for å skape forandring og spesifikke terapeutiske handlinger som er basert på spesielle metoder hentet fra en manual. Manualen beskriver behandlingen av en spesiell sykdom. Kloep og Hendry (2010, s. 252) beskriver det med at;

*”Problematferd kan skyldes et bredt spekter av årsaker, og fører til at utvikling går i ulike retninger. Med tanke på dette vil sannsynligvis intervensjonene være mest effektive hvis de skjer med bruk av metoder, eller hvis de rettes mot inn mot helt spesifikk atferdsmønstre”*

Den kontekstuelle modellen har med sin psykoterapeutiske forståelse, fokus på det følelsemessige og en tillitsfull relasjon med terapeuten involvert. Terapien tilbyr en legende setting hvor klienten møter en profesjonell som klienten tror kan bidra til hjelp. Klienten må tro, eller bli ledet til å tro på selve behandlingen.

Magne Mæhle (2000, s. 20) sier at det i de siste årene har vært en økende interesse for at behandlingsforskning skal ha fokus på å spesifisere hvilke behandlingsmetoder som er mest effektive i forhold til spesifikke tilstander. Slik jeg forstår Mæhle snakker han om en evidensbasert praksis som prøver å forske frem bestemte manualbaserte metoder som skal møte bestemte lidelser. Per Jensen sier (2006, s. 97) at tradisjonelt sett har forskning kommet etter en vel prøvet praksis, men med utvikling av evidensbasert metoder kommer forskningen først og praksis etterpå. Praksis blir da å følge en detaljert manual som beskriver behandlingsforløpet skritt for skritt i forhold til et bestemt problem.

### 2.2.1 Offentlige implementerte manualbaserte og foreldreorienterte metoder

”Parent Management Training - Oregon (PMTO) og Multisystemisk terapi (MST) er to slike manual og evidensbaserte metoder;

*”Målet med PMTO behandlingen er at barnet og foreldre kan gjenopprette en positiv relasjon slik at opposisjonell atferd brytes og positiv utvikling fremmes. Tilbudet retter seg mot familier med barn mellom 3 og 12 år med alvorlige atferdsproblemer..” (Kure, 2011)*

*MST er en familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom i alderen 12-18 år som har alvorlige atferdsproblemer. Det kan dreie seg om ungdom som er voldelige eller aggressive, som har problemer på skolen, som ruser seg, eller som har venner som har uheldig innflytelse på dem..” (Kure, 2011)*

PMTO og MST er metoder som kan sorteres under feltet som tidligere ble betegnet som atferdsterapi og nå som evidensbasert metoder. Evidens er en direkte oversettelse av det engelske ordet evidence, som betyr bevis (Kvelling 2007, s. 12). PMTO og MST trener foreldrene til å bruke ”verktøy”, som ros, oppmuntning, belønning, belønningsskjemaer, ignorering, tap av goder og timeout som konsekvensstrategier i sine manualbaserte tilnærminger overfor egne barn og deres atferd. Dette for å kunne endre foreldres måter å møte barn på, samtidig styrke det foreldrene opplever som positiv atferd, og eliminere det foreldrene opplever som negativ atferd. Jan Skjerve sier i sitt bidrag i boken ”Klinisk barnepsykolog” (1998, s. 39) at påstanden om at det er atferden som er problemet har vært som en vimpel for atferdsterapi. Dette er en markering av et sentralt atferdsteoretisk syn på psykiske problemer og en avstandstaking overfor retninger som ser psykisk problemer som symptomer på sykelige prosesser. Det ligger også i påstanden at dersom avvikende atferd blir redusert som resultat av behandling, er behandlingsmålet nådd. Atferd blir definert som kroppslige bevegelser, tenkning, emosjoner, språklige ytringer og fysiologiske prosesser. Dermed vil atferdsterapeuter kunne rette sin behandling mot alle sider ved en klients problem som også andre terapeuter vil være opptatt av, sier Skjerve (ibid).

I atferdstenkningen blir barn behandlet på grunn av avvikende atferd. Avvikende atferd forstås som atferd som bryter med regler, normer eller forventninger i barnets miljø. Barnets miljø består som hovedregel av foreldrene, familie, barnehage, skole og venner. Behandlingen består av ulike forsterkninger av positive atferd og konsekvenser for negativ atferd. Fokus på positiv atferd vil ofte innebære at en reduserer negativ atferd via indirekte intervensjoner (ibid s. 42).

Terje Ogden (2001, s. 174) sier alvorlige atferdsproblemer kretser rundt hovedtemaene aggresjon, utagering og manglende samarbeid. Aggresjon er kjerneproblemet ved alvorlige atferdsproblemer fordi det fører til alvorlige konsekvenser for omgivelsene. Omgivelsene forstår jeg som foreldre, søsken, skole og andre barn. Ogden viser til sosial læringsteori om utvikling av antisosial atferd av Gerald Patterson (1982). Patterson legger hovedvekten på foreldres oppdragelsesferdigheter og interaksjonen med barn, men det betyr ikke at han legger ”skylden” på foreldrene for barnets atferdsproblemer. Ogden og Patterson viser til at atferdsproblemer skyldes flere faktorer, men oppleves å ha hovedvekt på individuelle risikofaktorer og årsaksforklaringer knyttet til barns medfødte sårbarhet. Individuelle risikofaktorer blir betegnet som vanskelig temperament, høyt aktivitetsnivå, impulsivitet og oppmerksomhetssvikt.

Terje Ogden (2001, s.181,182) sier at evalueringsforsøk viser at Parent Management Training er en av de empirisk best underbygde metodene for tidlig forbygging og reduksjon av alvorlige atferdsproblemer, men viser til at forskning også viser at metoden har sine begrensninger i forhold til alvorlig problematferd som er vanskelig å endre. Han sier at både individuelle og kontekstuelle risikofaktorer bidrar til høy grad av stabilitet i barns antisosiale atferd. Metoden er hovedsakelig foreldreorientert og har få kontaktpunkter med barnet. Øyvind Kvello (2007, s.13) sier at måling av behandlingseffekt av et hjelpetiltak, er best ved tiltakets avslutning og vil bli svakere etter hvert. PMTO og MST har å endre barns atferd som hovedfokus. Når atferdsmålene er nådd, blir behandlingen avsluttet. Det gir gode prognoser for godt resultat ved behandlingsslutt. Det i hvert fall på kort sikt, og i forhold til i den foreldre- definerte atferdsendringen, og kanskje spesielt når tiltaket skjer i regi av barnevernet.

Hva om et år eller to år, hva er det igjen av behandlingseffekten da? Hva med barnets opplevelse av behandlingseffekten, har barnet fått det bedre? Det kommer an på hva som er og hvordan en forstår utgangspunktet for barnets atferd. Har atferden utgangspunkt i barnets omsorgsvilkår, vil barnet trolig ikke ha stor nytte av atferdsendringen. Det i forståelsen av at barnets hovedanliggende ikke handler om å gå på skolen til rett tid og være der hele dagen, men om barnets uro og bekymring for at foreldrene er ruset og i konflikt; og hva barnet kan komme til å møte når det kommer hjem etter skolen, altså en utrygg omsorgssituasjon. En annen svakhet ved effektstudier er ifølge Kvello (ibid s. 13) at den blir foretatt av spesialtrente fagpersoner i prosjektgrupper som preges av sterk tro og glød for tiltaket, noe

som gjør at effekten reduseres ved bruk i vanlige fagmiljø av ordinære fagpersoner. Den reduserte effekten han her snakker om, kan allerede inntreffe idet en implementerer amerikanske evidensbaserte metoder som PMTO og MST i Norge.

### **2.2.2 Smittsom omsorgsvikt**

Medier som aviser, magasiner og nyheter fanger opp strømninger i samfunnsbildet. Deres kildebruk er ikke på noen måte på nivå med fag og forskningslitteratur, men kan likevel være nyttig for å få et bilde av samfunnet og dets strømninger. Jesper Juuls artikkel ”Smittsom omsorgsvikt” (2011) er i så måte det, og et svar på det som han opplever som evidensbaserte offentlige strømninger. I artikkelen hevder Jesper Juul at det offentlige mangler anstendighet og sunn fornuft i sin tenkning og behandling av barn. Han viser til en sak der foreldrene til en traumatisert 13 år gammel norsk jente blir skilt etter mange år med konflikter og vold. Jenta får hjelp av det offentlige hjelpeapparatet uten at hun er tilstede. ”Moren og hennes nye samboer blir rådet til å sette grenser (altså lage regler) og å være konsekvente” (ibid), noe Jesper Juul er meget skeptisk til. Jenta trenger omsorg og forståelse av den vanskelige situasjonen som konflikten mellom foreldrene har ført henne inn i, og ikke konsekvenser og regler.

Jesper Juul (ibid) refser i artikkelen det evidensbaserte metodegrunnlaget til det offentlige behandlingstilbudet. Han opplever at terapeuter blir tvunget inn i en evidensbasert praksis på bakgrunn av statlige føringer. ”Det er den metoden vi skal bruke, hvis vi ikke vil anklages for å være illojale mot ledelsen”. Juul fortsetter med at;

*”et nytt, skremmende element, er at flere og flere institusjoner som har innført en eller annen form for belønningsmetode, anklager annerledestenkende og handlende medarbeidere for illojalitet mot ledelsen (ibid).”*

Jesper Juul (ibid) beskriver situasjoner der terapeuter i institusjoner blir tvunget til å ta i bruk metoder som er imot deres overbevisning for å ikke bli sett på som illojale og bli frosset ut. Ullenberg og Øfsti (2010, s. 188) har noen betraktninger om dette i sin leder i Fokus på familien. Der skriver de om hjelpere som har pålagte oppdrag for samfunnet i forhold til gjeldende forskrifter, regler, rutiner og etiske retningslinjer. Pålegget kan være på kollisjonskurs med det terapeuter tror vil kunne hjelpe, lindre eller skape endring i sitt arbeid. Terapeutene kan også bli pålagt å benytte behandlingsmetoder som strider med det en selv



tror vil ivareta ta og hjelpe klienten (ibid). Øyvind Kvello (2007, s. 12) beskriver at enkelte fagutøvere kan oppleve evidensbaserte tiltak som truende. Han begrunner det med at mange kan ha berettigede meninger om ens egen bruk av skjønn og grad av faglighet.

Jesper Juul (2011) hevder at det er atferdpsykologiske og iskalde vinder som feier over Norge. Disse ”evidensbaserte vinder”, har muligens et amerikansk utgangspunkt, noe som er en fellesnevner for mange av de evidens- og manualbaserte metodene som for eksempel PMTO og MST. Kloep og Hendry (2010, s. 256) referer til Lerner og hans bok *Concepts and theories of human development* (2002) der han snakker om forbyggende arbeid og programmer. Lerner tar utgangspunkt i amerikanske forhold og programmer når han snakker om et samordnet sett av samfunnsbaserte programmer som tar sikte på å både endre individene og den sammenhengen de opererer i. Disse programmene bør begynne så tidlig som mulig og opprettholdes gjennom en så stor del av tenårene som mulig;

*”Ut fra det materialet vi har om resultatene av positiv ungdomsutviklingsprogrammer, er det rimelig å konkludere med at den offentlige politikken må legges om slik at den ikke bare konsentrerer seg om å bygge opp effektive programmer men også bygger opp effektive samfunn”* (Kloep og Hendry, 2010, s. 256).

Jesper Juul er kritisk og frykter smitte og amerikanske tilstander i Norge. Han tenker da på de evidens- og manualbaserte metodene som først smitter de offentlige hjelpeinstanser, som igjen smitter foreldrene, Juul hevder videre ”at *selv atferdpsykologer vil neppe hevde at én metode passer for alle. Alle barn, unge og alle voksne. Dette er pedagogisk stalinisme og yrkesforbud*” (2007).

Jesper Juul fortsetter med at ”Den moderniserte utgaven av straff heter belønning, enten i form av symboler eller for eksempel muffins”(ibid). Han hevder at evidensbasert praksis er preget av et barnesyn der barn kan bestemme seg for å opptre dårlig eller bestemme seg for å være snill. Juul (ibid) sier at det offentlige bruker begrepet kvalitetssikring for å legitimere den ensrettede evidensbaserte praksisen. Dette er han svært kritisk til. Jesper Juul avslutter med å si at;

*”det finnes ikke mange meningsfulle definisjoner på kvalitet, men én sier at «kvalitet er realiseringen av de vedtatte verdiforestillinger». Derfor skylder tilhengerne av disse primitive metodene oss andre å offentliggjøre sine verdiforestillinger (deres menneskesyn/barnesyn)”* (ibid).

### **2.2.3 ”Fellesfaktorer” i den manualbaserte verden**

*”Det finnes ikke noe så praktisk som en god teori.”*(Kloep og Hendry, 2010, s. 147)

Per Jensen (2006, s. 100) viser til forskning på hva som virker i behandling. Han trekker frem Michael Lambert sin forskning fra 1992 hvor han kommer frem til fire felles faktorer som er virksomme i psykoterapi uavhengig av teoretisk orientering. De fire fellesfaktorene er: 1.) den terapeutiske relasjonen som bidrar med omtrent 30 %. 2.) placeboeffekt utgjør omtrent 15 %, 3.) modell og terapiteknikk står for omtrent 15 % og 4.) faktorer utenfor terapirommet er omtrent 40 %. Funnene fra Lambert sin forskning står i kontrast til den evidensbaserte forskningen som prøver å forske frem bestemte manualbaserte behandlinger med best virkning på bestemte psykiske lidelser.

Med utgangspunkt i Per Jensens (2006) artikkel og dens beskrivelser av ”Store felles faktorer” som skaper endring og er virksomme i behandling, vil jeg nevne og redegjøre for fellesfaktorenes tilstedeværelse i evidensbaserte metoder som PMTO og MST. Jeg vil også belyse hvordan de kan påvirke og gi de evidensbaserte metodene behandlingseffekt. Jeg legger til at fellesfaktorene trolig vil ha virkning på både klient og terapeut i psykoterapi. Per Jensen (ibid, s. 100) beskriver de fire store fellesfaktorene er vektet og estimert av Lambert (1992), men bemerker at det imidlertid ikke framgår hvordan disse prosentene er kalkulert eller ”regnet” ut.

### **2.2.4 Hva virker i terapi, og hvorfor virker det?**

Den første av fellesfaktorene er den terapeutiske relasjon. Den terapeutiske relasjonen sin betydning i psykoterapi ble vurdert til å være omtrent 30 prosent (Jensen 2006, s. 100). Innenfor humanistisk psykologi var Carl Rogers en av de som forstod terapeut- og klient forholdet som et eksistensielt symmetrisk møte mellom mennesker. Dette i ett forsøk på å tone ned ekspert-klientrollen (ibid). ”Terapeuten skulle være empatisk, genuin og vise betingelsesløs positiv respekt” (ibid, s. 102) Vi skal heller ikke glemme at terapeuten selv vil respondere positivt på å bli møtt med empati og respekt av foreldrene, og at dette kan være en av komponentene i fellesfaktoren. Cato Wadel (1990, s 15) sier at ut fra et relasjonelt perspektiv, blir noen mennesker mer lik hverandre ved at de gjensidig påvirker hverandre gjennom sine handlinger. Denne gjensidige påvirkningen kan være det Batesons (Ølgaard, 1991, s. 63) beskriver. Kommunikasjon handler om levende vesens relasjoner til hverandre og

deres omverden. Bateson sier at denne kommunikasjonen er uttrykk for relasjonen til omverden og baserer seg på kjærlighet, hat, frykt, tillit, respekt, avhengighet, dominans og mye mer. Den terapeutiske relasjonen blir bygget på denne kommunikasjonen og relasjonen som Bateson beskriver.

I evidens og manualbasert terapi som PMTO og MST er det gode muligheter for at en nær relasjon til foreldrene skal kunne finne sted. Behandlingen i begge metodene er intensiv. Det er ukentlige møter mellom terapeut og foreldre med fokus på suksess og mestring, samt styrking av foreldrene i foreldrerollen. Foreldrene møter terapeuter som viser både forståelse og som bekrefter foreldrenes og barnas utfordringer. Fjell og Mohr (2006, s 11) sier at barn som mottar psykiatrisk behandling ofte har en familie som har strevet i lang tid og at foreldrene selv kan trenge hjelp enten samtidig eller etterpå. Fjell og Mohr (ibid) fortsetter med at det har hatt stor betydning at foreldre får sitt eget tilbud, der de blir tatt imot, sett og møtt og med respekt, og at de har en tydelig plass i behandlingen. Denne terapeutiske kontakten med foreldre vil kunne medføre at terapeuten blir en budbærer for barnet inn i familien. Dette betegnes som den bærende idé bak terapeutisk foreldrearbeid. Foreldrene blir møtt og forstått i sine prosesser, og deltar i defineringen av behandlingsmål og behandlingsløp.

Den andre fellesfaktoren er placeboeffekten. Placeboeffekten er et resultat av at den hjelpesøkende ønsker hjelp og har tro på at terapeuten har kompetanse til å kunne hjelpe. Effekten av denne forventningen og blir estimert til en virkningsprosent på omtrent 15 (Jensen, 2006 s.100). Når en søker eller mottar hjelp er ofte troen og håpet sterkest i starten av et behandlingsforløp. Foreldrene har tatt det avgjørende skrittet og vedkjent at de trenger hjelp. Per Jensen (ibid, s 98) sier at studier viser at i den mest vellykkede terapien kommer den positive responsen tidlig i behandlingsforløpet og dette tillegges det den terapeutiske alliansen. Jeg tror at effekten også kan skyldes at placeboeffekten er mest effektiv i starten av behandling. Da er ofte troen og håpet mest tydelig. Foreldrene møter terapeuter som signaliserer at de har tro på å kunne hjelpe. Terapeutenes tro, håp og entusiasme er kanskje også tydeligst i begynnelsen av forløpet. Som en konsekvens av forskning på placeboeffekten har PMTO og MST et tett behandlingsforløp, noe som bidrar til at en kommer raskt i behandlingsposisjon og til felles handling. Det gjør at terapeuten kan forsterke forventningen og håpet for endring ganske så umiddelbart, og benytte placeboeffektens virkninger i behandling.

Den tredje fellesfaktoren er behandlingsmodell og terapiteknikk som er utviklet for å løse et bestemt problem. Denne blir estimert til å utgjøre 15 prosent. Per Jensen (ibid s.100) sier her at;

*”det er bemerkelsesverdig å hevde at bare 15 % av den terapeutiske effekten kan tilskrives terapiteknikk, når den evidensbaserte modellen søker å vise hvilke terapiteknikker som virker best på bestemte psykiske lidelser”.*

Om ikke de evidensbaserte terapeutenes metode har bedre terapeutisk effekt, så er de utdannet i en metode som har et tydelig og manualisert retningsgivende behandlingsforløp som terapeuten kan støtte seg til, og som skaper oversikt og forutsigbarhet for klienten. Klienten vet i større grad hva behandlingstilbud han har takket ja til, og hva den består av.

Den fjerde faktoren er hendelser utenfor terapien, og blir vurdert å ha omtrent 40 prosent terapeutisk effekt. Det at en er tett på foreldrene og har hyppig kontakt, gjør at en kan ta del i de utenforliggende faktorene og bringe dem inn i terapien som en del av styrke og ressursfokus. Ett eksempel kan være den ensomme, slitne og fortvilede alenemoren som forelsker seg i et menneske som viser seg som å være en person med fast arbeid, energi og vitalitet. Dette nye mennesket kan tilføre mor og hennes barn felleskap, penger, energi og framtidshåp. Når mor bringer denne informasjonen tilbake i terapirommet kan terapeuten ta del i, utvide, og befeste denne gleden og optimismen mor føler.

Som en oppsummering kan en si at de store felles faktorene oppleves også sentrale i den evidens og manualbaserte verden. Dette til tross for at den evidensbaserte forskningen ønsker å fokusere på manualprogrammets og intervensjonene virkninger.

## **2.3 I den manualbaserte verden**

Ifølge Per Jensen i artikkelen om ”Den store psykoterapi debatten” (2006) har de ulike behandlingsmetodene den samme virkning og effekt i behandling. De evidensbaserte metodene har som hensikt å øke behandlingsutbyttet gjennom et manualbasert behandlingsforløp. Terapeutens oppgave er å iverksette og utføre behandlingen manualen beskriver. I en forståelse der de ulike behandlingsmetodene fører til samme resultat, kan en tenke at den manualbaserte hverdagen er tryggere, kompleksfri og hensiktsmessig både for

klienter og terapeuter. Klienten vet hva han/hun får i behandling og terapeuten vet hva han skal gjøre i forhold til de ulike nivåene i behandling. Øyvind Kvello (2007, s.12) sier at brukerne av ulike tjenester har krav på å få vite effekten av det som settes i verk og benevner det som en forutsetning for brukermedvirkning. Den terapeutiske hverdagen blir en trygg arena for både for klient og terapeut.

### **2.3.1 Mellomrommet mellom barnet og atferden**

Med metodisk tilnærming som velger å ha fokus på atferd og samtale med foreldre med utgangspunkt i foreldremanualer, står en i fare for å velge bort annet fokus; fokuset på barnet og barneperspektivet. Det som noen foreldre og terapeuter vil betegne som negativ avvikende atferd kan for noen foreldre og terapeuter forstås som barnets mestringsstrategi i en avvikende negativ kontekst. En avvikende negativ kontekst kan for eksempel være en utrygg omsorgssituasjon og skolehverdag. Tar evidensbaserte foreldreorienterte manualen nok hensyn til det som ligger mellom barnet og atferden? Spørsmålet er om det å avlære barnets mestringsstrategier kan være en form for offentlig omsorgssvikt, dersom en ikke gjør noe med atferdskonteksten?

Det som ligger mellom barnet og atferden kan ha utgangspunkt i foreldrekonflikter, vold, overgrep, psykisk sykdom og mobbing. Når et barn sover dårlig om natten fordi mor og far krangler og ruser seg, vil dette få konsekvenser for atferden til barnet. Det som ligger mellom barnet og atferden kan forstås som det som fremkaller atferd. Dersom en forstår atferden som et symptom på en konfliktfylt, uoversiktlig og uforutsigbar omsorgssituasjon, blir det omsorgssituasjonen som blir det mellom barnet og atferden, som igjen blir symptomutløser. Symptomet kan komme til uttrykk som at barnet er trøtt, rastløst, ukonsentrert, irritabelt, aggressivt og motivasjonsløs. Konsekvensen kan være at barnet ikke vil samarbeide med foreldrene i forhold til innetid, lekser, leggetid, stå opp om morgningen og gå på skolen. Barnet kan oppleve seg som sviktet av foreldrene, fordi det opplever at foreldrene ikke hører eller har forståelse av hva barnet opplever eller prøver å si. En annen konsekvens er at barnets bekymringer for hjemmesituasjonen forringer skolemotivasjonen og ikke har energi eller overskudd til å gjøre noe skolefaglig. Barnet risikerer å komme i konflikt med lærere og klassekamerater fordi de opplever barnet som aggressivt, irritabelt og initiativløst.

Kan barn som lever i en omsorgskontekst preget av disharmoni og dysfunksjonalitet klare å skjule det? Vil et barn med slike omsorgsbetingelser kunne gå på skolen, gjøre lekser og være sosial? Foreldre som mottar foreldreorientert behandling for å endre barns atferdsmønster kan få barnet tilbake i skolen igjen etter endt behandling. Dette fordi at foreldrene blir flinkere til å stille krav til barnet, klare selv å lage rutiner og struktur som gjør at det barnet går på skolen. Når barnet er på skolen får det oppfølging av kompetente lærere, og barn kan av den grunn tildekke omsorgssituasjonen. Barnet lærer seg mestringstrategier for å dekke over egne bekymringer og foreldres problemer. Barnet vil kunne frykte for å påføre foreldrene problemer og i egne øyne forverre omsorgssituasjonen. Selv om et barn begynner å gå på skolen igjen, trenger det ikke å være en garanti for at omsorgen er blitt bedre.

Evidensbaserte metoder har i stor grad oppnådde atferdsmål som kriterier. Trond F. Aarre som er spesialist i psykiatri skriver i boka ”Manifest for Psykisk helsevern (2010, s. 30) at dersom problemene vi skal håndtere skyldes de vilkårene folk lever under, kan det kreve helt andre tilnærningsmåter enn den medisinske modellen, der diagnostikk og behandling tar utgangspunkt i individet. Han tenker at den kontekstuelle modellen er mer velegnet. Aarre (ibid, s 29) sier at dersom problemet er mangelfull tilpasning mellom personer og omgivelser, er det ikke sikkert at en individforståelse og behandling gir best resultat. Han viser til eksempelet om den klare sammenhengen mellom arbeidsløshet, depresjon og selvmord, som forstås slik at dersom personen kommer i arbeid igjen, vil depresjon forsvinne og selvmord vil være uaktuelt.

### **2.3.2 Individ og samværsverdier**

Mange foreldre med barn i behandling har alvorlige problemer, utfordringer og basale udekkede behov. Det kan være samlivskonflikter, økonomiske bekymringer, psykisk sykdom, vold og overgrepssproblematikk.

Aadland (ibid, s. 39) henviser til Arnfinn Stigen og hans forståelse av individverdier. Individverdiene inkluderer tilgang på sunn mat, rent vann, ren luft, passe varmt, trygghet og selvutfoldelse. Stigen forstår individverdiene som nødvendige for å utvikle seg og grunnleggende behov som må dekkes for å kunne leve. Aadland (ibid) beskriver også det Stigen benevner som samværsverdier, som består av menneskers sosiale behov som vennskap, kjærlighet, tiltro og det å være noe for andre. Aadland (ibid) hevder at

individverdiene minner om Maslow sitt behovshierarki, som har hatt stor påvirkning på sykepleiefaglig tenkning. Denne oppgaven tar ikke til orde for å se menneskers behov i et naturalistisk-deterministisk menneskesyn (ibid, s. 111). Hensikten er å se foreldres manglende behovsdekning som et tilfang til å forstå og forklare deres utfordringer med å ivareta barn og seg selv i en foreldrefokusert behandling.

I Psykiatriboken ”Sinn – kropp – samfunn” (Skårderud, Haugsjerd, Stänicke, 2010, s. 43) blir det gjennom en historisk, geografisk eller en sosial bevegelse fra materiell nød til materiell luksus, sett på som en bevegelse på den amerikanske psykologen Maslows (1970) behovspyramide. I boken (ibid) blir hevdet at mange norske barn og unge vokser opp og dannes som individer på toppen av en slik pyramide. De har gode materielle kår, men blir utfordret i forhold til det som blir omtalt som kulturell kompleksitet. Den kulturelle kompleksiteten representerer psykologiske fenomener som tilhørighet, oversikt, tydelighet, ro og en trygg følelse av å kjenne vitsen ved det hele. Den kulturelle kompleksiteten kan også foreldrene være en del av. Selv om de fleste barn og foreldre barn har gode sosioøkonomiske og psykososiale vilkår er det også mange som ikke har det.

I Boka ”Et liv for barn” (2001, s. 115,116) viser Lennart Köller til en oversiktsrapport (Køller, 2000) fra en nordisk barnestudie med barn i målgruppen 2-18 år fra alle de nordiske landene. Det som var spesielt interessant var at sammenhengen mellom familiens psykosomatiske problemer og langtidssykdommer var fordoblet fra 1984 til 1996. Köller viser til en studie av Leeni Berntsson fra 2000 (ifølge ibid) som tok utgangspunkt i stressteori. Berntsson anvendte en modell med tre nivåer. På et nivå som var ytre omstendigheter, fant hun de mest sårbare barna blant de som hadde svakest sosioøkonomiske forutsetninger (som lav inntekt og utdanning, innvandrere, etc.) På familienivå fant hun at familiens velferd var den viktigste faktoren for barns helse og at mors helse var den som best predikerte for psykosomatiske plager hos barna, sterkest i Norge og på Island. Foreldre som hadde lav følelse av sammenheng i sin tilværelse, hadde også mindre aktiviteter sammen med sine barn, dessuten dårligere helse og de hadde klart mer engstelige og mer nedstemte barn. På barnets nivå hadde den mentale stabilitet den største direkte sammenheng med psykosomatiske plager. Mental stabilitet som å være trygg, glad og rolig var i sin tur indirekte relatert til kamerater, skole og fritidsaktiviteter.

Det er en stor kompleks likhet mellom barn og foreldres behov. Foreldres manglende behovsdekning kan være mulige stengsler i å møte barnets behov, som igjen kan føre til symptomer i form av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser hos barn. Er det slik at foreldre kan legge vekk samlivskonflikter, økonomiske bekymringer, egen psykisk sykdom, sosiale problemer og rusproblem i sitt møte med behandlingsapparatet knyttet til barnets atferd og utvikling? Magne Mæhle hevder i artikkelen ”Bruk av barnespesifikk kunnskap i familierapi” (2000, s. 19) at nyere barnepsykiatrisk og utviklingspsykologisk forskning gir oss sterke argumenter for å holde samhandlingen i familien i fokus når vi står overfor problemer hos barn og unge. Han hevder at kanskje den mest robuste konklusjonen som kan trekkes fra klinisk og ikke-klinisk materiale, er hvor avgjørende kvaliteten av samspillet med omsorgsgivere er for barns psykiske helse og utvikling. Mæhle legger til at nesten alle barn og unge som kommer i kontakt med BUP har samspillsproblemer med sine nærmeste. Slik jeg forstår det Magne Mæhle sier, er familien en viktig arena for å forstå og løse problemer vedrørende barn. Han sier at omsorgsgivernes og familiens ressurser er avgjørende for behandlingsresultat og prognose for behandlingen.

Køller sier at ”Familien er den viktigste grobunnen for individenes helse og velferd og dermed også et viktig mål for forebygging og behandlende tiltak” (2001, s. 117 ). Dette belyser dilemmaet, kompleksiteten, sammenhengen, mulighetene og utfordringene i foreldreorientert tilnærming av barn. Kan en endre barns atferd på en forsvarlig og etisk måte, uten at foreldrenes behov blir i møtekommt, og uten grunnleggende endringer i omsorgskonteksten?

### **2.3.3 Den terapeutiske hverdagen**

Foreldre som sliter med samlivskonflikter, frykt, dårlig økonomi, sosial kompetanse og tilhørighet kan ha vansker med å nyttiggjøre seg av foreldreorientert tilnærming.

I teori om skilsmisser hevdes det at konfliktfylte skilsmisseprosesser har foreldre ofte nok med å ivareta seg selv og egne behov, og i liten grad klarer å se og ta hensyn til barnet.

Psykolog Frode Thuen (2001, s. 160) hevder at vitenskaplige undersøkelser viser at skilsmissebarn kommer noe dårligere ut i forhold til skoleprestasjoner og utdanning, aggresjon og antisosial atferd, samt psykiske helseproblemer. Thuen (ibid, s. 164) viser til to alternative forklaringer. I det ene alternativet ser han sammenheng i en bakenforliggende årsak som samlivsbrudd og psykososiale problemer. Her gir lav sosialøkonomisk status, konflikter mellom foreldre og foreldre med antisosiale tendenser økning i sannsynligheten for



samlivsbrudd og for at barn får problemer i oppveksten. Det andre alternativet er at samlivsbrudd fører til stress og negative opplevelser for barn og foreldre, og som igjen øker faren for at barna utvikler psykososiale problemer. Samlivsbrudd i seg selv øker faren for foreldrekonflikt, psykososiale og sosioøkonomiske problemer for foreldrene, som igjen påvirker barna. I de tilfeller at foreldre har utfordringer som de ikke klarer å hankses med, vil dette påvirke barnets utfoldelse og atferd. Denne atferden kan komme til uttrykk i flere former som, for eksempel, at barnet er innesluttet, ukonsentrert, hyperaktivt, aggressivt og/eller nekter å samarbeide med foreldre, lærere og andre barn.

#### **2.3.4 Konsekvensrelaterte spørsmål**

Hafstad og Øvreeide (1998, s. 213) sier at hjelpere kanskje har det vanskelig med å akseptere at det offentlige skal gripe inn i det som oppfattes som privat sfære, og at hjelpere kanskje ikke har tillit til barnevernets kompetanse til å kunne hjelpe barnet. Hafstad og Øvreeide snakker her om terapeutens egne holdninger og tanker om respekt for foreldres privatanliggende. Konsekvensene av å stille nære og konkrete spørsmål blir ubehagelig og nytteløse, fordi hjelperen ikke tror at barnevernet vil kunne klare å håndtere informasjonen til det beste for barnet. Betyr dette at hjelperen har mer tro på egen kompetanse, egen relasjon til barn og foreldre enn det barnevernet er i besittelse av? Hvordan kommer det til uttrykk i praksis at hjelperen ikke har aksept for at det offentlige har myndighet og skal gripe inn? Dersom omsorgssituasjonen ikke er god nok, og en forståelse av barnevernets kompetanse ikke er tilstrekkelig? Hafstad og Øvreeide (ibid) sier at overdreven og handlingslammende engstelse for konsekvenser kan føre til konsekvensetisk unnfallenhet, som er mer alvorlig enn i de tilfellene hvor en selv ikke når frem med velmenende råd. Det kan en forstås med at temaet er for privat, terapeutene har ikke tilstrekkelig kompetanse, eller tiltro til seg selv eller barnevernet. Dette kan medføre en unnfallenhet i forhold til å handle.

Hafstad og Øvreeide (ibid) sier at engstelse for å stille de konsekvensetiske spørsmålene kan medføre at hjelperen påbegynner private og kompenserende prosjekter for barnet. Dette betyr at verken foreldre eller eventuelt barnevernet er klar over at hjelperen påtar seg en slik oppgave og et slikt ansvar. Situasjonen kan bli ubehagelig for terapeuten da han kan komme i konflikt med egen samvittighet og engstelse, noe som kan medføre det Hafstad og Øvreeide beskriver som handlingslammelse og privat kompenserende virksomhet. Igjen kan dette medføre til at hjelperen er medvirkende til å kamuflere omsorgssituasjonen i stedet for å

belyse den. Hafstad og Øvreeide (ibid) sier at det særlig er personer som arbeider direkte med barn, skole, i behandling og liknende som står overfor denne utfordringen. De legger til at nærhet i relasjonen til og/eller med foreldre gjør oss mer utsatt for å bli og påvirket av de reaksjonene som vil komme, og vi kan føle et sterkere ansvar for å kompensere for svikt i barnets situasjon.

Er det slik at alle som arbeider med barn og foreldre har et ansvar for de en møter? Ansvar for å spørre barn og foreldre om hvordan de har med seg selv og sammen i familien? Ansvar for å spørre barn og foreldre om vold, overgrep, rus og psykisk sykdom i familien? Kan dette være en ansvarsfraskrivelse å tro og håpe at barnevernet gjør jobben, uten at en tar ansvaret om å spørre selv? Er det å stille de konkrete nære, tabubelagte og konsekvensrelaterte spørsmålene mest ubehagelig for hjelper eller er det eller er det mest ubehagelig for barn og foreldrene å få disse spørsmålene? Kan foreldrene se det som positivt at spørsmålene ble stilt, fordi de aner mistro og bekymring fra terapeuter, uten at de vet hva mistroen og bekymringen handler om? Kan spørsmålene avdekke tilbakelagte stadier som kan føre til en bearbeidelse for både barn og foreldre?

Hafstad og Øvreeide (ibid, s. 213) sier at generelt vil den best mulige måten å håndtere disse spørsmålene på, være å etablere et mest mulig tillitsfullt forhold til foreldrene. Hafstad og Øvreeide (ibid) gir råd om å presentere hjelpers eventuelle bekymringer og erfaringer, først og fremst som observasjoner, og ikke som vurderinger. Dette henvendt til dem som handlingsmessig ansvarlige for barnets situasjon, det vil si foreldre og/eller barnevern. Det blir å forankre ansvaret der det hører hjemme som er hos foreldre og/eller barnvernet, og ikke i hjelpers samvittighet, engstelse og kompenserende prosjekter.

Det kan forstås som at nære, tabubelagte, konsekvensrelaterte spørsmålene er en utfordring i behandling. Det snakkes mye om tverrfaglighet. En utfordring kan forstås å være tverrfaglighet også i behandling. Det at en vokter seg for å gå inn i temaer som historisk og kulturelt har vært tillagt andre deler av hjelpeapparatet, enn det hver enkelt terapeut er en del av. Inntrykket er at hjelpeapparatet sitter på "hver sin tue" og venter på et utspill fra den andre. Går det an å skille omsorgssituasjon og behandling, og er det å vurdere omsorgssituasjon å gi behandling, som to adskilte områder, veien å gå?

### 3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for det teoretiske bakteppet som ligger til grunn for de metodiske valgene jeg har gjort i oppgaven. Jeg vil drøfte styrker og utfordringer i forhold til de metodiske tilnærmingene jeg har valgt, og redegjøre for hvordan jeg har samlet inn data. Så vil jeg gjør rede for veien videre med tanke på analysen av datamaterialet.

### 3.1 Fenomenologi og hermeneutikk

*”Fokus i alle fenomenologiske undersøkelser ligger på verden slik den fremstår”, det vil si menneskers opplevelse av verden de lever i. Fenomenologisk arbeid i psykologi søker å beskrive en persons opplevelser av verden sett i forhold til vedkommendes livserfaringer. (Langdridge 2006, s. 269)*

”Fenomenologisk tilnærming til psykologisk arbeid har sine røtter i fenomenologisk filosofi som opprinnelig ble utviklet av Edmund Husserl tidlig på 1900-tallet” (ibid, s.269).

Fenomenologien er opptatt av at mennesket får kunnskap og forståelse gjennom egen opplevelse av det som skjer i verden. Langdridge (ibid) sier at fenomenologisk arbeid i psykologi søker å beskrive en persons opplevelse av verden sett i forhold til vedkommendes livserfaring. Det vil si at menneskenes viten og kunnskap skjer gjennom møte med nye fenomener på bakgrunn av hvert enkelt menneskes livserfaring. Thagaard (2009, s. 38) sier at fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere mening i enkeltpersoners erfaringer.

En tilnærming til fenomenologien kan være hermeneutisk fenomenologi. Hermeneutikk blir omtalt som fortolkingslære. Det handler om hvordan mennesker ikke bare opplever fenomener i verden, men er i stand til å fortolke fenomenene. ”Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart innlysende” (Thagaard 2009, s. 39). Hermeneutikken fremhever at det ikke egentlig finnes noen sannheter, men bare tolkninger av den verden hvert enkelt individ ser, lever i og opplever. Det som hvert individ ser og opplever som en sannhet, er ingen sannhet i seg selv, men kanskje en sann opplevelse for det individet. Et annet individ som ser det samme vil fortolke det om til sin sannhet. Dersom det ikke finnes noen felles sannhet kan en vel heller ikke kunne se det samme fenomenet på samme måte? Da blir det en ser er punkteringer basert på livserfaringer og kontekst. Et eksempel kan være at barn som har vokst opp i samme familie, kan ha veldig ulike opplevelser av sin oppvekst. Thagaard

(2009, 39) sier at ”hermeneutikken bygger på et prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studere er en del av”.

### 3.1.1 Positivism og Postmodernisme

Positivistisk tankegang ble gjeldende fra 1800 – tallet og det dreide seg om at alt må måles, veies, etterprøves og kontrolleres for å bli sett på som en sannhet. Positivismen var veien til kunnskap, og hadde en vitenskaplig forståelse av verden, slik den fremstår og observeres.

Kvale og Brinkmann (2009, s.75) skriver at: ”Den positivistiske vitenskapen skulle frembringe bestemte samfunnslover som ga mulighet for sosial styring”. Der den kvantitative forskningen har rangen, er det lite åpning for den kvalitative forskningen, der en ikke på samme måte kan observere eller eksperimentere for å finne gjeldende kunnskap og forklaringer.

Positivismen ble kritisert og satt under press. Det oppsto et opprør mot denne forståelsen av verden. Øfsti skriver (2010, s.16)

*”Etter hvert ble et refererende, modernistisk språksyn kritisert og debattert. Oppgjøret med forståelsen av språket som nøytralt og passivt kalles den språklige vendingen i samfunnsteoriene, og har opphav i postmodernismen, poststrukturalismen, og sosialkonstruksjonisme. Disse retningene brukes om hverandre, men felles er for dem som vitenskapsidealer er at de utvikler seg i et oppgjør med modernismens idealer om det rasjonelle mennesket, troen på objektiv viten og språkets nøytralitet”.*

Dette oppgjøret var avgjørende for at den postmodernistiske tradisjonen fikk den plassen den fikk i humanistfagene på slutten av 1990-tallet. Den er ikke i samme grad opptatt av det målbare, men mer opptatt av hvordan vi omtaler vår oppfatning av virkeligheten igjennom språket. Kvale og Brinkmann (2009, s. 72) sier at i følge postmodernismen er kunnskap intersubjektiv, det vil si at den utformes i relasjoner mellom mennesker. Kunnskap oppfattes altså som kontekstbundet, det vil si den er avhengig av den sammenhengen den utvikles i, og at kunnskap er ikke nødvendigvis overførbar til andre situasjoner.

Alt kunne ikke måles lenger. Kunnskap kunne være en individuell og relasjonell opplevelse med utgangspunkt i den sammenhengen den oppstod. Kunnskap ble utviklet i relasjon til andre mennesker. En brukte språket til å forklare virkeligheten og en ble i tvil om det fantes sann kunnskap. Thagaard sier at postmodernismen fokuserer på språket og den betydningen

det har for vår oppfatning av virkeligheten (2009, s. 42). I den terapeutiske hverdag står en i to leire. En er preget av den postmodernistiske tenkningen der en samskaper forståelser og opplevelser med dem en møter. Klienter og terapeuter kan ha sin egen opplevelse og historie med utgangspunkt i egen kontekst. Samtidig fokuserer man på mer positivistiske forhold som omhandler diagnose, manualbasert og målbar terapi. Da står den målbare atferden mer i sentrum, enn opplevelsen og språket en bruker, og hvordan språket virker.

### 3.1.2 Forforståelse

*Det at vi forstår verden ut fra vår forforståelse, er ikke bare noe som berører det vi her kaller teoretisk lesning, det syns å være et generelt trekk ved mennesket (Kvale og Brinkmann 2009, s. 244)*

Valg, spørsmål, teoretiske antagelser, temaer og problemstilling i oppgaven er basert på min forforståelse. Det er viktig å vite at jeg har med meg egne erfaringer i alle sammenhenger, også som terapeut og nå som forsker, for at forskningen ikke blir et proforma ekteskap for å bekrefte egne antagelser og hypoteser. Kvale og Brinkmann (2009, s. 100) skriver;

*”kunnskap innen for de humanistiske fagene ikke kan reduseres til en metode, fordi vi bare kan erkjenne den sosiale og historiske verden gjennom forståelse og fortolkning, som i siste instans hviler på forforståelser og fordommer som ikke kan kodifiseres til metodologiske regler.*

Undersøkelsen har et fenomenologisk utgangspunkt til informantenes beskrivelser av sine erfaringer og opplevelser knyttet til barn og barneperspektivet i foreldreorientert tilnærming. Oppgaven og min forskning skal basere seg mest mulig på terapeutenes egne erfaringer og opplevelser. Langdridge (2006, s. 272) bruker et begrep som ”epoché som er navn på en prosess hvor vi forsøker å frigjøre oss fra det forutinntatte ideene vi har om det vi undersøker. Det kalles ”bracketing”. Om epoche er mulig er en uenig om innen for de ulike retningene av fenomenologien. Langdridge (ibid) skriver at ”Eksistensielle fenomenologer som følger Heidegger, Satre og Merleau-Ponty, mener at en bør forsøke å oppnå epoché – men at man i praksis aldri vil klare å legge til side alle forforståelser”.

I intervjuet prøvde jeg å holde meg tett opp mot tema og problemstilling. Jeg stilte spørsmålene ut i fra en nysgjerrig, påtatt ikke ”vite-posisjon” for å prøve å frigjøre meg mest mulig fra mine antagelser og forforståelse. Oppfølging av spørsmålene var tett opp mot

svarene til informanten. Tema som min forforståelse har jeg diskutert med veiledere og kolleger for å øke egen bevissthet rundt den, både teoretisk og i praksis.

Det at informantene og forsker har kjennskap til hverandre kan være en styrke i å forstå og se sammenhenger.

*”Forskning innenfor denne retningen søker å forstå den symbolske meningen som handlinger og begivenheter har for dem som samhandler med hverandre, for på den måten få innsikt i personenes sosiale realitet. Et viktig formål er å fange inn og forstå omverden slik de studeres, oppfatter den” (Thagaard 2009, s. 36).*

I kvalitativ forskning der informant og forsker møtes vil det skje en samskaping av data. Det vil være en gjensidig påvirkning mellom informant og forsker, fordi en samhandler under intervjuet. Samhandling og samskaping blir en del av den empiriske datamaterialet som er vanskelig å skille ut, men må drøftes i forhold til hvilke konsekvenser det vil ha for forskningen og funn. Thagaard (2009 s. 35) skriver at;

*”Forståelsen av data utvikles gjennom hele forskningsprosessen, og må ses i sammenheng med den forforståelsen forskeren bringer med seg inn i prosjektet. Tolkning og analyse kan ses som to sider av samme prosess, fordi vi ikke kan beskrive og kategorisere hendelsesforløp uten samtidig å tillegge hendelser mening.”*

Selvrefleksivitet er å lære om seg selv og forholde seg til seg selv. Forskers forståelse av informanten må alltid forutsette informantens mulighet for å uttrykke sin selvrefleksivitet, da forskers forståelse og oppfattelse ellers kan bli feiltolkninger. Langdridge (2006, s.88) skriver at en forsker ikke er annerledes en andre mennesker. Forskere har holdninger, motiver og behov på lik linje med andre mennesker og at det ville være naivt å tro at det ikke er slik. Ved å anerkjenne denne forståelsen, har forskeren et ansvar. Det ansvaret er å ikke prøve å fjerne eller kamuflere effekten forskeren har på forskningen, men belyse og redegjøre for denne effekten en kan ha i forskning og eventuelle funn. Eline Thornquist (2003, s. 205) sier at forskers bidrag til alle ledd i forskningsprosessen er av spesiell betydning. Refleksivitet er følgelig et kjernebegrep. Det referer først og fremst til forskers bevissthet om sin egen rolle: en bevissthet som i neste omgang aktiviseres som refleksjon over seg selv, og sitt bidrag til hva som skapes og utvikles gjennom hele prosessen. Manglende selvrefleksivitet kan medføre at den enkelte er ubevisst i forhold til egne prosesser. Selvrefleksivitet bidrar til autonomi og

selvstendighet. Forsker kan ikke være reflekterende i forhold til noe, som ikke er adskilt som eget.

### **3.1.3 En presisering**

I fare for å skape en forståelse om at det er bare opp til hvert enkelt individ sin opplevelse og oppfatning om hva som er sannhet, rett eller galt, vil jeg gjøre en presisering ut fra relativistisk forståelse. Relativisme er motstand mot tanken om at vitenskapene kan og bør tilstrebe objektivitet. Relativistene mener at det ikke finnes standarder for objektivitet, sannhet eller rasjonalitet som er felles på tvers av forskjellige kulturer og historiske perioder. Magne Mæhle (2005, s.107) sier at "Our knowledge of the world therefore, is not an accurate representation of reality, but a product of our cognitive operation and cultural embeddedness".

I de fleste vestlige samfunn er det en bred konsensus i forhold til vold, overgrep og barns behov for beskyttelse og omsorg. Denne oppgaven vil på ingen måte være et forsvar for vold eller overgrep med det utgangspunkt at hvert enkelt individs oppfatning, handlinger ut fra individets sin kontekst og forståelse. Hovedanliggende for denne studien er hvordan terapeuter ivaretar barn og barneperspektivet i behandling og er av den grunn innom temaer som vold og overgrep i barns nære relasjoner.

## **3.2 En kvalitativ tilnærming**

Jeg vil her kort beskrive om den metodiske overbyggingen for metodevalg. I tillegg vil jeg si noe om den metoden jeg har valgt. Jeg valgte en kvalitativ tilnærming fordi jeg ønsket å gå i dybden i forhold til tema og problemstilling i denne oppgaven. Jeg ønsket å forske på og dybdeintervjue terapeuter om deres opplevelser og erfaringer med å ivareta barnets stemme og barneperspektivet i samtaler med en foreldreorientert tilnærming. Jeg ønsket å se om terapeutens erfaringer med samtaler med foreldre kunne belyse muligheter og dilemmaer ved denne formen for behandling for å kunne ivareta barnets beste, barnets stemme og barneperspektivet.

Min forskning er et dykk i praksis og vil være et kritisk spørsmål til fagfeltet som kanskje vil føre til videre refleksjoner i forhold til barns plass i terapien og om en bør sette barn mer i sentrum i terapeutisk praksis.

### 3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju

*”Intervjueundersøkelser er en særlig velegnet metode for å få informasjon om hvordan informantene opplever og forstår seg selv og sine omgivelser” (Thagaard 2009, s. 61).*

Jeg valgte å bruke et kvalitativt semistrukturert forskningsintervju i oppgaven. Kvale og Brinkmann (2009, s. 47) skriver at semistrukturerte livsverdenintervjuet blir mest brukt ut i fra en fenomenologisk tankegang for å forstå hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden, men det kan også brukes ut fra en hermeneutisk inspirasjon, der er en opptatt av å fortolke menneskers mening.

*”Ved å innsnevre intervjuet til den opplevde betydningen av intervjupersonens livsverden har fenomenologien vært relevant for avklaring av forståelsesform i det kvalitative forskningsintervjuet” (Kvale og Brinkmann 2009, s. 46).*

Intervjuene varte mellom en time og tretti minutter, til en time og femti minutter. Intervjuene ble tatt opp på diktafon. Informantene fikk tilsendt tema og problemstilling på mail, og ble bedt om å tenke på en samtale der de opplevde i å ha lykket med å ivareta barnets stemme og barneperspektivet, og en samtale der terapeuten opplevde det utfordrende ivareta barneperspektivet. Innledningsvis startet jeg med en definisjon om hva jeg la i barneperspektivet og spurte informanten hva han la i ordet barneperspektivet. Min forståelse av barneperspektivet var barnets selverfarte virkelighet (Haugen 2001, s. 34). Intervjuguiden bestod av fem forskningsspørsmål med tilleggsspørsmål.

Jeg prøvde å la informanten få dvele lenge i spørsmålene mine og i egne svar, uten å bekrefte informanten i særlig grad med nikking, ”mmmming” og lignende. Dette for å unngå å lede for mye for eksempel i forhold til min forforståelse og forestillinger av informanten som terapeut og tilhørende utdanninger. Det var en utfordring å ikke ”forstå for fort”, men i stedet stille spørsmål i forhold til det som ble sagt. Kvale og Brinkmann (2009, s. 132) snakker om temaet for det kvalitative forskningsintervjuet er den intervjuedes livsverden og hans eller hennes eget forhold til den.

### 3.2.2 Fra lyd til tekst

*”Spørsmålet ”Hva er korrekt transkripsjon?” er umulig å besvare. Det finnes ingen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. Et mer konstruktivt spørsmål er: ”Hva er en nyttig transkripsjon for min forskning?” (Kvale og Brinkmann 2009, s. 194,).*



Jeg valgte å transkribere intervjuene selv, da dette ble anbefalt av litteraturen og av ulike foredragsholdere. Jeg så snart at dette var nyttig i forhold til å få nærhet, forståelse og få med meg innholdet i det som ble sagt i intervjuene. Det var en fascinerende, lærerik og tidkrevende prosess. Jeg opplevde at jeg satt og analyserte mens jeg transkriberte og fikk flere a-ha opplevelser underveis. Jeg kjente at mitt engasjement økte, og ønsket om å arbeide videre med teksten ble sterkere. Opptakene ble hørte igjennom to ganger, og jeg opplevde å høre og å forstå ny informasjon, og se nye sammenhenger. Kvale og Brinkmann (2009, s. 187) forstår ”transkripsjoner er kort sagt svekkende, dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusamtaler”.

I slutten av intervjuet spurte jeg informantene hvordan det hadde vært for dem, og om det var noe som ble sagt eller kom frem som for dem ble feil. Informantene opplevde at det hadde vært interessant med en gjennomgang av og refleksjon over egen praksis. Det hadde ifølge informantene vært både spennende og lærerikt å bli intervjuet.

### 3.2.3 Utvalg

*”Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, det vil si som er strategiske i forhold til problemegenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver” (Thagaard 2009, s. 55).*

Valget stod mellom tre eller seks intervjuer slik at alle tre teamene i organisasjonen ble likt representert. Jeg dybdeintervjuet en terapeut fra hvert av de tre teamene. Jeg gjorde noen strategiske grep i forhold til valg av informanter. De tre informantene ble valgt ut fra kriterier som at de kom fra ulike team i organisasjonen, med tanke om at det kunne være forskjellige terapeutiske kulturer og terapeutiske praksiser. Informantene hadde ulik utdanning, videreutdanning, og begge kjønn ble representert. Det kunne ha vært hensiktsmessig å ha spesifisert informantenes videreutdanninger med tanke på analysen av datamaterialet i oppgaven. Videreutdanningene kan si noe om informantenes faglige forankring og deres forståelse og holdepunkter i møte med tema, problemstilling og spørsmål i intervjuet. Dette ble likevel valgt bort av anonymitetshensyn. Jeg ønsker ikke å spesifisere informantens kjønn. Det fordi at informantene kommer fra en liten og transparent organisasjon, dersom jeg hadde knyttet rett kjønn til informantene kunne konsekvensen ha vært at informantene ble gjenkjent og deres identitet avdekket. Dette kunne ha vært løst ved å

gi informantene tvekjønnede navn som et bidrag til anonymiseringen. Dette ble likevel valgt bort av hensyn til leser av oppgaven. Dersom jeg brukte tvekjønnede navn på informantene ville det ha medført en konsekvent anvending av informantenes navn i teksten. Dette kunne ha stykket opp og vært forstyrrende i teksten, enn de mer lesbare benevnninger som hun og hennes eller han og hans. Det kan i seg selv være forstyrrende for leseren at ingen av informantene har hankjønnssnavn selv om hankjønnnet også er representert i empirien, men anonymiseringen av informantene har høyeste prioritet. Valget falt på å gi informantene tre vanlige norske hunkjønnssnavn. Informantene blir betegnet som Sara, Sofie og Nora.

Forskning og den påkommende analysens funn vil kunne påvirke informant og forsker sin relasjon, noe som var en del av mine betraktninger med tanke på valg av informanter. Forskning har som konsekvens at den som blir forsket på kan oppleve seg feiltolket og ikke å kjenne seg igjen i funn fra analysen, noe som er en del bestanddelene i all forskning. Forskning, og spesielt på en liten og gjennomiktig organisasjon, vil ha en overhengende fare for avsløring av informant, og/eller at informanten vil kunne kjenne seg igjen. Dette selv om forsker gjør sitt ytterste for at dette ikke skjer. Informantene ble informert om konsekvensen for å bli gjenkjent.

Thagaard (2009, s. 60) sier at ”en retningslinje for kvalitative utvalg er at antall informanter ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser”. Forskers ønske var i utgangspunktet seks intervjuer for å få et større og bredere datamateriale, men på grunn av kapasitet og ønske om å gå i dybden falt valget på tre intervjuer. Dette ble drøftet med veileder og kullansvarlig på forhånd, i forhold til metningspunkt i innsamling av data. Kvale og Brinkmann (2009, s. 128) sier at noen kvalitative intervjuundersøkelser fremstår som en defensiv overreaksjon, som er designet ut fra en misforstått kvantitativ forutsetning – jo flere intervjuer, desto mer vitenskapelig. Det ble tatt kontakt med informanter som passet til disse variablene, og det ble informert om masterprosjektet og tema. Informantene takket ja og ble intervjuet i forhold til prosjektet, som var skissert informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Intervjuene ble etter informantenes ønske gjort på informantens kontor eller på forskers kontor. (se vedlegg.)

### 3.2.4 Forske på eget fagfelt

*”Det kan være store fordeler med et slikt nært forhold, både når det gjelder kunnskap om feltet og tilgang på informasjon. Men det kan også være vanskelig dersom man føler at man må ta hensyn, enten til de man kjenner, eller i verste fall til egne interesser og egen karriere. Løsningen ligger ikke i å trekke seg tilbake til elfenbeinstårnet. Utfordringen er å kombinere nærhet og uavhengighet, kontakter og integritet.” (Repstad 2009)*

Å forske på eget fagfelt kan være en særlig spennende, utviklende og lærerik erfaring for forsker og terapeut. Cato Wadel (1991, s. 18) sier at å gjøre feltarbeid innen sin egen kulturkrets innebærer at en studere en del av sin egen virkelighet. Å studere deler av sin egen virkelighet kan for noen oppleves å være en særs overkommelig oppgave, fordi man har tilgang til språket, forståelsen og kulturen fra før. Pål Repstad (1998, s 30) viser til det å være ekspert på sitt eget fagfelt kan være problematisk fordi man da lett vil ha en tendens til å dele ut karakterer i stedet for å gi presise beskrivelser av det som skjer sett fra aktørenes synspunkt. Thagaard (2009, s. 79) skriver at når forskeren i utgangspunktet er innenfor miljøet, har hun eller han et særlig godt grunnlag for forståelsen av de fenomenene som studeres. Naturlig engasjement for jobben og det arbeidet som blir gjort, åpner opp for å bruke engasjement i prosessen. Nærhet til tema kan forhåpentligvis føre til stort faglig utbytte av prosessen og eventuelle funn. Det å forske på eget fagfelt og organisasjon, har som det er begrunnet over, flere fordeler og utviklingsmuligheter; Men også flere utfordringer, hindringer og fallgruver. En av fordelene er at informant og forsker kjenner til hverandre fra før. Det kan skape en trygghet i intervjusituasjon. Felles kjennskap til arbeidsfelt og metode vil trolig medføre en dypere innsikt inn i kjernen på det som forskes på. Informant og forsker er til en viss grad kjent med hverandres tanker og forståelse i forkant av intervjusituasjonen. Av den grunn kan det skape forstyrrelser i intervjusituasjonen og så i forhold til forskers valg av spørsmål og informantens svar. En annen utfordring kan være at forsker allerede vet så mye om terapeutisk praksis og av den grunn blir mindre nysgjerrig og spørrende og i større grad styrt av at ”forsker tror, skjønner og forstår for fort”. Det at forsker er en del av kulturen som studeres vil kunne medføre en unyansert og generaliserende forståelse i møte med informanter og datamaterialet. Thagaard (2009, s. 79) snakker om at på den andre side kan tilknytning til miljøet føre til at forskeren overser det som er forskjellig fra egne erfaringer og dermed blir mindre åpen for nyanser i de situasjonene som studeres.

Det at tema blir nært opp mot egen praksis er engasjerende. Per Jensen ( 2006, s.98 ) beskriver at den største feilkilden i forskning ofte er forsker selv begunstiggjør sitt eget faglige ståsted. Som familierapeut med en systemisk tilnærming og med et kontekstuell utgangspunkt kan dette farge oppgaven i sin helhet, dens funn og oppgavens konklusjoner. Forskningen kan bli oppfattet som kritisk til organisasjonens praksis og metodevalg, noe som er en generell bestanddel i forskning. At forsker er arbeidstaker, kollega og behandler vil sette den ” frie forskningen” under press. Forskningen kan intuitivt og ubevisst bli satt under forskers administrasjon i frykt for å komme frem til ubekvemme konsekvensrelaterte funn. Forskning har som utgangspunkt å tilføre eller bekrefte antagelser i forhold til forskertema. Forskning er i mange tilfeller å stille nære og eventuelt ubehagelige spørsmål rundt temaet for forskningen. Et tema må være hvordan forsker fortolker data uten å ta hensyn til informantene, og arbeidssted. I tillegg kan informanten føle seg forpliktet til å ivareta seg selv og det enkelte tiltakets renommé. Det vil bli stilt spørsmål om eventuelle funn er basert på forskers forforståelse, noe som selvfølgelig enhver forsker må ta på alvor.

Å bli forsket på, kan medføre endringer i terapeutisk praksis. Gamle metoder kan bli forkastet og nye tatt i bruk. En intervjusituasjon vil trolig også føre til refleksjoner hos informanter og forsker over metoder i det terapeutiske arbeidet, noe som kan kaste lys over styrker og svakheter i forhold til terapeutisk praksis. Det å bli forsket på kan i utgangspunktet være et gode. Det kan være en kvalitetssikrende, utviklende og ansvarliggjørende. I oppgaven vil det bli stilt spørsmål om terapeuters erfaringer, opplevelser, metoder og praksis. En konsekvens kan være at kollegaer underkjenner forskningen og føler seg ”ført bak lyset”. Forskning skal være en kvalitetssikring av praksis og det foreligger statlige føringer på at forskning er et viktig satsingsområde.

### **3.2.5 Analysemetode**

Valg av analysemetode var vanskelig. Jeg vurderte en stund diskursanalyse som metode og syntes at det hørtes spennende og engasjerende ut. Min vurdering av diskursanalyse i forhold til kolleger og egen organisasjon var at det kunne bli for utfordrende og skape for mye ubehag. ”Diskursanalyse fokuserer på hvordan kunnskap og sannhet skapes gjennom diskurs, og på maktrelasjonene i diskurser” (Kvale og Brinkmann 2009, s.167) Fordelen med en diskursanalyse kunne ha vært å belyse disse diskursene hos kolleger og i organisasjonen. At

diskursene og kulturen i organisasjon hadde kommet i søkelyset, kunne ha medført en sterkere bevissthet i forhold til egen terapeutiske praksis og mulig gode endringsprosesser.

Jeg valgte Interpretativ Phenomenological Analysis som metode i denne oppgaven.

Interpretativ Phenomenological Analysis oppleves å være en velegnet metode i forhold til tema og problemstilling. Interpretativ Phenomenological Analysis stiller krav om et utvalg på tre til seks informanter. Metoden gir meg som forsker anledning til å gå i dybden og jeg får et innblikk i informantens erfaringer og opplevelser, som i seg selv er spennende.

Interpretative Phenomenological Analysis er en omfattende, men strukturert analysemetode.

”Interpretativ Phenomenological Analysis er en ideologisk metode hvor man jobber nedenifra og opp, ved å begynne med individuelle tilfeller og så bevege seg mot mer generelle uttalelser” (Langdridge 2006, s. 278).

### **3.2.6 Analysens oppbygging**

Langdridge (2006, s. 278-279,) viser til en fremgangsmåte for IPA som er inndelt i fem steg. Jeg valgte å følge hovedtrekkene av Langdridge femstegsanalyse i oppgaven. Jeg valgte bort tids- og sideanmerkninger som beskrevet hos Langdridge (2006) og Smith (2008), og jeg valgte å lage tabeller som var mer tilpasset det jeg opplevde som var mest relevant for meg.

Det er fem trinn i analysen:

1) Lesing av hvert intervju med blikk på det overordnede meningsinnhold. 2) Identifisering av temaer i hvert intervju. 3) Strukturering av temaene man har trukket ut av hvert intervju. 4) Oppsummering av temaene i tabell fra hvert intervju. 5) Tematisk integrering av tilfeller fra alle intervjuene. Jeg gjennomførte de fire første stegene for hvert enkelt intervju, før jeg gikk i gang med et nytt. I steg 5 integrerte jeg temaene fra alle intervjuene i endelig tabell.

I trinn 1 leste jeg den transkriberte teksten til hvert enkelt intervju med fokus på å identifisere det overordnede meningsinnholdet. Dette gjorde jeg to ganger og noterte i margin tanker og refleksjoner som jeg gjorde meg. Dette var en spennende, og assosierende prosess som førte meg nærmere datamaterialet og dets innhold

I trinn 2 lagde jeg en tredelt tabell. I kolonne 1 var det fokus på hva jeg som forsker ble nysgjerrig på. Jeg skrev inn i tabellen de tanker, følelser og ideer jeg fikk i forhold til den

transkriberte teksten. I kolonne 2 plasserte jeg den transkriberte teksten, og i kolonne 3 hadde jeg fokus på de ulike temaene i teksten. Langdridge (2006, s. 279) beskriver det som en tematisk analyse der en trekker ut meningsstrukturene i teksten. Jeg prøvde å følge teksten uten å tillegge den meninger. Dette var en utfordring på bakgrunn av kjennskap til informanter, organisasjon og det som for meg var et engasjerende tema. Jeg merket at jeg var styrt av tema og problemstilling i forhold til hva jeg ble nysgjerrig på og skrev ned i kolonne 1. Det sammen skjedde i forhold til hvilke tema jeg så og valgte ut i den transkriberte teksten. Langdridge (ibid) sier at en på dette stadiet skal prøve ”å se verden gjennom deltagerens øyne” Jeg prøvde her å holde meg mest mulig til hvilket tema som kom frem i teksten og det informanten fortalte, og legge bort min egen forforståelse. Temaene jeg identifiserte ble skrevet ned i kolonne 3.

I trinn 3 lagde jeg en liste over alle temaene jeg identifiserte i teksten. Jeg gikk gjennom alle temaene. Noen temaer var helt like, noen tema ble nesten identiske og mange forskjellige. Jeg sjekket temaene opp mot den transkriberte teksten for å forsikre meg om at temaene hadde utgangspunkt i det samme meningsinnholdet. Like, og nesten like tema ble slått sammen i hierarkier av meningsklynger med et overordnet tema og undertema. Klyngene fikk navn med utgangspunkt i det jeg opplevde som det generelle meningsinnholdet til informanten. Jeg hadde i tanken både tema og problemstilling i forhold til hva som ville være relevant for min oppgave, hva var det informanten ville fortelle? På dette stadiet opplevde jeg et ubehag og en frykt for at jeg fjernet meg fra teksten. Jeg var avhengig av å hele tiden gå tilbake til teksten for å forsikre meg om å være på riktig kurs i analysen, og i forhold til å ivareta informantens opplevelser og erfaringer som kom frem i den transkriberte teksten.

I trinn 4 lagde jeg en oppsummeringstabell over alle temaene i intervjuet med tilhørende sitater og refleksjoner. Det gjorde at jeg forholder meg til teksten og temaene i teksten. Noen få temaer forsvant i denne prosessen, fordi de var marginale eller opplevdes å ikke ha relevans for tema og problemstilling i oppgaven.

I trinn 5 integrerte jeg funnene i en tabell som representerte de gjennomgående temaer fra alle intervjuene. Jeg lagde 5 tabeller før jeg kom frem til den endelige oppsummerende tabellen for de overordnede temaene, med underliggende temaer som fanger opp betydningen av fenomenet for alle informantene. Jeg endte opp med tre overordnede temaer som blir

utgangspunkt for videre analyse og drøfting i kapittel 4. Disse temaene er ”Barn og barneperspektivet i samtalen”, ”Foreldreomsorg” og ”Behandling og ansvar”.

### **3.3 Forskningsetiske overveielser og metodiske implikasjoner**

Her redegjøres det for hvordan jeg ivaretok informantenes anonymitet og forvaltning av data materialet, og sider ved mine bevegelser og utfordringer i landskapet som kollega, terapeut, forsker og i egen organisasjon. Jeg vil belyse sider ved validitet og reliabilitet i denne oppgaven og komme med noen refleksjoner om den eventuelle nytteverdien forskningen kan ha for flere, enn bare forsker.

#### **3.3.1 Anonymitet og taushetsplikt**

Før igangsetting av datainnsamling ble det sendt meldeskjema til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) om godkjenning.

Jeg fulgte de kriteriene jeg fikk fra NSD for dette prosjektet. NSD forutsatte at det ved intervjuet ikke skulle spørres om og innhentes opplysninger om identifiserbare tredjepersoner som foreldre og barn. Jeg sendte inn intervjuguide og gjorde noen justeringer i informasjonsskriv og samtykkeerklæring til godkjenning, før jeg tok kontakt med utvalget. Mitt utvalg bestod av 3 terapeuter fra egen organisasjon. Opplysningene samlet jeg inn gjennom personlige intervju. Alle informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv hvor det ble gitt opplysninger om anonymisering, taushetsplikt, databehandling og deres mulighet til å trekke seg fra prosjektet. De underskrev også et samtykkeskjema. Thagaard (2009, s. 26) framhever viktigheten av deltakernes informerte samtykke. Informert samtykke betyr at informanten er orientert om hva deltagelse i prosjektet innebærer.

Utvalget blir omtalt som informanter eller terapeuter. Dette blir gjort for å anonymisere kjønnet til informantene. Alle mine tre informanter snakker ulik dialekt, noe som medførte at jeg oversatte sitatene jeg benytter i oppgaven til bokmål for å sikre anonymitet. Å omsette sitat fra dialekt til bokmål skapte noen utfordringer i forhold til å ivareta informantens budskap. Det ble løst ved å studere grundig sitatene deres, før oversettelse. Transkriberingen skjedde på informantens egen dialekt for å ha nærhet til tekst og tema. Bruk av sitat fra datainnsamlingen i oppgaven vil av den grunn bli på bokmål, for å styrke anonymiseringen av informantene. Kvale og Brinkmann (2009, s 194 og 195) sier at ordrett transkribert muntlig

språk kan fremstå som usammenhengende og forvirret tale og at hva som er korrekt transkripsjon er umulig å besvare, fordi det ikke finnes en sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. De transkriberte sitatene i denne oppgaven er omformet til det Kvale (ibid) kaller hensiktsmessig sammenhengende tale som er nyttig for forskningen.

Informantene har ulik tilknytning til evidensbasert praksis og metode, noe som kunne ha vært interessant å belyse i dette studiet, men av anonymiseringshensyn ikke tatt med som tema i analysen. Intervjuene ble etter informantens ønske gjort på informantens kontor eller forskers kontor. To av intervjuene ble gjort på dagtid og ett på kveldstid. I intervjuene på dagtid var det kolleger på tilstede på arbeidsplassen, noe som kan ha gjort det utfordrende i forhold til anonymisering av informantene.

### **3.3.2 Validitet og reliabilitet**

*”Enkelte kvalitative forskere har ignorert eller avvist spørsmål om validitet, reliabilitet og generalisering som undertrykkende, positivistiske begreper som hindrer en kreativ og frigjørende kvalitativ forskning”* (Kvale og Brinkmann 2009, s. 249).

Forskningen har utgangspunkt i kollegaer og forskers organisasjon, og vil nok bli påvirket av forsker forforståelse og daglige kontekst. Det er en utfordring for informant og forsker at en har kjennskap og tilhørighet innenfor samme organisasjon. Ved ett tilfelle sa en av informantene ”jeg vet hvor du vil hen”, noe som fikk meg til å tenke på informantens forforståelse av meg og hva forsker står for som kollega, og som kunne være en utfordring satt opp mot kravene om reliabilitet eller troverdighet. Forsker har vært dette bevisst og har prøvd å håndtere disse utfordringene. Refleksjoner relatert til reliabilitet er også beskrevet under kapittel 3.1.2 Forforståelse.

Andre forskere, også forskere fra forskers egen organisasjon, ville med utgangspunkt i samme intervjuguide, kommet frem til andre temaer og annen utgang av analysen. Denne forskningen kom frem til de funnene den gjorde. Dette uavhengig av hva andre forskere kunne ha kommet frem til i sine funn. Det forteller noe om hvor påvirkelig kvalitative forskere selv er i forhold til funn i egen forskning. I denne formen for kvalitativ forskning blir metodebruken og gjennomføring viktig. Kvale og Brinkmann (2009, s. 250) sier at validitet omhandler i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke. Et ideal i forskning er at forskningen



er transparent. Det betyr at forskningen er gjennomsiktig i forhold til hva forsker har gjort og ut fra hvilken kontekst forskningen har blitt gjennomført. Med visshet om disse utfordringene, er det grunnlag for å hevde at min forskning har troverdighet og ”bekreftbarhet” som tilfredsstillende kravene til validitet og reliabilitet. Kvale og Brinkmann (2009, s. 249) skriver at andre kvalitative forskere som Lincoln og Guba, har tatt avstand fra den positivistiske tankegangen og bruker begreper som troverdighet, tilforlatelighet, sikkerhet og bekreftbarhet i kvalitativ forskning. Den positivistiske tankegangen er opptatt av at ”Reliabilitet knytter vi til spørsmålet om forsknings pålitelighet, og validitet knytter vi til spørsmålet om forskningens gyldighet” (Thagaard 2009, s. 22).

### **3.3.3 Generaliserbarhet**

Kan en kvalitativ studie med individuelle og unike funn generaliseres eller skape mening for flere? Det er et naturlig spørsmål å stille. Det er utfordrende å få bekreftet dette, før oppgaven blir presentert for et større publikum. Kvale og Brinkmann (2009, s. 267) beskriver at spørsmålet om generaliserbarhet overlates til leseren som på grunnlag av detaljerte kontekstuelle beskrivelser av intervjuundersøkelsen, kan vurdere om resultatene kan generaliseres til en ny situasjon. Intensjonen har vært at den måten forskningen er utført på er tydelig i oppgaven, noe som gjør at troverdighet og nytteverdi er størst mulig for flest mulig av leserne i fremtiden.

## 4 Analyse

*“Just as with every other stage of IPA there is not a single right way to write up an IPA analysis. Writing is a creative process, and authors, just like participants, have voices that will come out in the construction of the account”* (Smith, Flowers og Larkin, 2010 s.108).

Det at en forsker velger å forske på et spesielt tema, gjør at forskeren aktivt velger bort noe annet. Dette er forskerens privilegium, å kunne forske på noe som engasjerer, interesserer og som han har følelser for. Men det er også forskerens utfordring å håndtere nettopp dette. Jeg valgte å forske på eget fagfelt i egen organisasjon. Å forske på eget fagfelt og egen organisasjon er å forske på deler av sin egen virkelighet, sier Cato Wadel (1990, s. 18) Deler av min egen virkelighet er barn, foreldre, kolleger, metoder og kultur i Statens barnevern. Barnevernspedagog, psykolog, dr psychol Oddbjørg Skjær Ulvik viser til at barneperspektivet er etterspurt både i politikk og i kunnskapsutvikling. Det er bred konsensus rundt at barneperspektivet er viktig, og at barns stemmer skal høres (2007, s 30). Valget falt på å forske på terapeuters erfaringer av å ivareta barn og barneperspektivet i foreldrefokusert behandling.

Analysen starter med en teoretisk innledning som utgangspunkt for en forståelse av barneperspektivet i nyere tid og dets utvikling i offentlig og politisk sammenheng. Deretter blir vi kjent med informantene Sara, Sofie og Nora, og deres fortellinger og samtaler med barn og foreldre i foreldreorientert behandling i kapitlene; ”Barn og barneperspektivet i samtalen”, ”Foreldreomsorg” og ” Behandling og ansvar ”. Hvert kapittel blir avsluttet med en oppsummering.

### 4.1 Barneperspektivet i en offentlig og politisk sammenheng

Oddbjørg Skjær Ulvik viser til (2007, s 29) at modernitet og individualisering bidro til konstruksjonen av barn som selvstendige individer med individuelle rettigheter. Hun viser til FNs barnekonvensjon fra 1989 som et bidrag til en barnekonstruksjon, der barn betraktes som unike personer som ikke er representanter for en kategori. At barn ikke er representanter for en kategori kan forstås som at alle barn er unike, i den form at de ikke kan generaliseres til en gruppe med kongruente egenskaper. Ulvik (ibid, s 30) snakker om en offentlig retorikk om å søke ”barneperspektiver”, lytte til barns stemmer og å ta barn på alvor. Å ta barnets perspektiv kan forstås som et ideal når barn og foreldre mottar hjelp. Ulvik (ibid) hevder at

det å søke barneperspektivet har høy legitimitet og noe det offentlige mener vi bør gjøre, men opplever at det har et lavt presisjonsnivå.

I 2003 ble det i barneloven bestemt at barn, ved fylte syv år, skal få si sin mening før det blir tatt avgjørelse om personlige forhold for barnet (Ulvik, 2007 s. 30). Barn har fått flere juridiske rettigheter i form av uttalelsesrettigheter om bosted ved samlivsbrudd. Når barnet har fylt tolv år skal det legges vesentlig vekt hva barnet mener, noe som begrunnes med FNs barnekonvensjon, som skal integreres i norsk lovgivning (ibid). Den politiske tanken er at barn skal bli hørt, før en tar avgjørelser på barnets vegne. Juristen Turid Haugli (ibid) er kritisk til denne lovgivingen, og hevder at den ikke har faglig eller vitenskaplig forankring og er politisk pragmatisme om å være flinkest i klassen når det gjelder barn og rettigheter. Er lovgivningen om at barn skal bli hørt, før en tar avgjørelser på barns vegne en politisk pragmatisme uten faglig forankring? Hvordan legitimeres barneperspektivet i praksis? Hva er forholdet mellom ideal og praksis? Hva gjenspeiler informantene?

## **4.2 Barn og barneperspektivet i samtalen**

Temaet barn og barneperspektivet i samtalen tar utgangspunkt i informantenes opplevelser og erfaringer med dette, i møte med barnet, i møte med foreldre og i møte med seg selv.

Analysen tar for seg temaer som ”Fortellinger om å ta et barneperspektiv” og ”Fortellinger om barn og barneperspektivet i samtalen”.

### **4.2.1 Fortellinger om å ta et barneperspektiv**

Hva er et barneperspektiv? Kan et menneske ta et annet menneske sitt perspektiv? Kan barnet se, oppleve, beskrive, tolke seg selv, sin virkelighet for så å fortelle om den? Spørsmålet er; hvordan får andre mennesker tilgang til barnets selverfarte virkelighet? Har barnet selv tilgang til egen selverfart virkelighet?

På spørsmålet om hva som er barneperspektivet for henne, svarte Sara slik:

*Nei, det er nå det at en klarer å ta barnet sitt perspektiv. For eksempel i en samtale, da kan en ofte føre en samtale med foreldre der en ser at de ikke klarer å ta perspektivet til barnet. Der de har kranglet eller har vært i en konflikt og tenker mest på seg selv, og klarer da ikke å sette seg inn i barnet og hvordan det opplevde situasjonen. Hva*

*som har gjort at det(barnet) har hatt en dårlig dag for eksempel. Så må jeg ta det opp igjen med foreldrene og prøve å forklare det.*

Når jeg leser dette utsagnet blir jeg først opptatt av Saras tanker om å sette seg inn i barnets sitt ståsted, fra sin posisjon. Det gjør hun ved å prøve å se barnet gjennom barnets øyne, i håp om å kunne oppleve og å kunne nyttiggjøre seg av barnets erfaringer og opplevelser og dets forståelse av sin livssituasjon. Brit Johanne Eide og Nina Winger (2008, s. 17) snakker om at det er en økende tendens til å se barnet som meningsberettigete, meningsbærende og meningsskapende aktører. Vi søker kunnskap fra barns ståsted på jakt etter barns perspektiver. Denne formen for kunnskapsutvikling om barn og deres livsverden handler ikke bare om å søke kunnskap om barn, men også å søke kunnskap *med* barn. Det kan forstås som om at barnet må observeres og samtales med for å kunne øyne barnets perspektiv. I en forlengelse kan Saras tilgang til barnets kontekst være begrenset, dersom hun ikke ser barnet i fysisk forstand og i samhandling med andre. Da vil Sara sitt perspektiv på barnet hovedsakelig være basert på foreldrenes beskrivelser ut fra deres forståelse og kontekst. Det kan gi oss et bilde av hvordan Sara prøver å forstå barnet, men bildet blir ensidig, fordi barnet selv vil konstruere sin egen subjektive opplevelse og oppfattelse av virkeligheten.

Eide og Winger (ibid, s 46) spør om det er mulig for voksne å se verden fra barnets ståsted? De svarer at det vil innebære evne til desentrering, som er evnen til å ta andres perspektiv i lys av egne erfaringer og synspunkter. Sara ser det mer som en del av hennes jobb, og tar det for gitt at hun vil klare å fange opp å definere barneperspektivet og overlevere det til foreldrene. Det oppleves ambisiøst ut i fra en forståelse om at barneperspektivet ikke er en konkret tilstand i en konkret kontekst, men mer en forståelse av barnets subjektive prosess i ulike kontekster.

Slik jeg forstår Sara, opplever hun at foreldre ikke alltid har fokuset der hun ønsker; på barnet. Foreldrene har fokus på seg selv og egne anliggende. Sitatet viser Sara sine ideer om å flytte fokuset bort fra foreldrenes eget anliggende og over på barnets. Hun sier at foreldre som er i konflikt og krangel tenker mest på seg selv og klarer ikke se barnet og dets behov. Per Midtstigen og Geir Vik (2007, s. 21) sier at når de voksne er til stede, blir det lett deres fortvilelse, sinne og bekymringer som kommer i fokus i samtalen, studier viser at kroniske foreldrekonflikter har gjennomgripende betydning for barn. Sara opplever å stå i dilemma mellom foreldres konflikt og foreldre som ressurs i behandlingen.

Hafstad og Øvreeide (1998, s. 13) sier at det er gjennom barnets kommunikasjon med foreldrene at barnets psykologiske utvikling medieres. De mener at vi som hjelpere særlig kan bidra med å bistå foreldrene i deres utviklingsprosess i forhold til sitt barn. Sara opplever å føle på det terapeutiske ”idealet”, å ha fokus på barneperspektivet og barnets stemme. Sara prøver å ivareta barnet ved å ansvarliggjøre foreldrene ved at hun overser eller legger bort fokuset på foreldres krangel eller konflikt. Hun retter fokuset mot barnets opplevelse av seg selv, og utfordrer foreldrene i forhold til hva de tenker om å ivareta deres ansvar som foreldre og barnets behov. Kari Kloster (2006, s. 28) sier at foreldrene er barnas base for tilknytning, tilhørighet og vekst. Familien er deres viktigste behov og nettverk. Hun snakker om at gjensidig tillit og en felles holdning til barnet, mellom foreldre og andre voksne som har ansvar for det, bidrar til å gi barnet trygghet, tilhørighet og selvrealisering.

Nora blir stilt spørsmålet om hva som er barneperspektivet for henne. Nora svarer:

*Barneperspektivet det tenker jeg er til barnets beste i forhold til den jobben vi gjør. At vi skal hjelpe foreldre, men vi har alltid barna i bakhodet, Hvordan foreldre og barn skal få det best mulig.* Nora snakker ut fra sin forforståelse av hva som er til beste for barnet. Hun ønsker å hjelpe foreldrene å gjøre det som Nora tenker er det beste for barnet. Nora gir mer uttrykk for et familie- og foreldreperspektiv basert på sin forforståelse av barnets beste og familiens beste. Per-Åge Gjertsen (2007, s 87) sier at et nytt barneperspektiv innebærer at voksne må sette seg inn i tanker, oppfatninger og forståelse barnet har om eget liv som betyr å forstå barnet ut fra barnets synsvinkel. Nora oppleves å fremstå som en representant for det Per-Åge Gjertsen (ibid.) definerer som en tradisjonell sosialarbeider med en tradisjonell tankegang. En tradisjonell sosialarbeider er en person som vet hva som er best for barn. Gjertsen er kritisk fordi han opplever at sosialarbeideren har en generell og gammeldags tilnærming til barn. Det kan virke som ensidig forståelse av sosialarbeidere som gruppe. Kan en se på den tradisjonelle sosialarbeideren som en godt fagutdannet person med mye erfaring og lang praksis som en person vi må høre på?

Laila Granli Aamodt ble kåret til årets sosialarbeider av Fellesorganisasjonen (FO) for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (Rød 2011, s. 26 og 27). Hun har i hele sitt liv jobbet med utsatte barn og unge, og har skrevet både artikler og bøker. Laila Granli Aamodt (ibid) sier at sosialarbeidere bør bli mer nysgjerrige på mennesker, mer ydmyke overfor det de ikke forstår og mer kritiske til sin egen rolle. Det kan sees i sammenheng med det Per-Åge Gjertsen (2007, s. 87) hevder å være et nytt barneperspektiv.

Jeg analyserte ved første gjennomlesning Sofies intervju innenfor definisjonen av den tradisjonelle sosialarbeider når hun sier:

*”å sette seg inn i barnet sitt ståsted, å se det (barneperspektivet) fra barna sine øyne som voksen. Jeg vet hva som kjennetegner barnas beste og en må nok ta utgangspunkt i det perspektivet, det (barneperspektivet) greier en aldri helt å sette seg selv helt inn i”*

Ved første gjennomlesning forstod jeg det som at Sofie *visste* hva som er det beste for barn som individuell tilnærming til barnet. Ved andre, tredje og fjerde gjennomlesning opplever jeg at Sofie tar utgangspunkt i hennes generelle forståelse for hva som er barnas beste. Når Sofie sier *”det (barneperspektivet) greier en aldri å sette seg inn i”* viser hun tilbake til å *sette seg inn i barnet sitt ståsted og å se det fra barna sine øyne*. Sofie sier at en ikke kan klare å sette seg inn i det unike barnets ståsted eller se det fra barnas øyne, men at hun må ta utgangspunkt i det generelle perspektivet hun er i besittelse av på hva som er barnas beste. Sofie viser en individuell forståelse av barn ved sitatet: *”hva er bra for det barnet, alle barn er ulike, ja alle barn har ulike behov, ulik ståsted, det må en også ha med seg”*. Sofie tar et metaperspektiv på det unike og individuelle barnet og har det med seg i sin sosialarbeiderpraksis.

Laila Granli Aamodt (Rød 2011, s. 26 og 27) og Per-Åge Gjertsen (2007, s. 87) er kritiske til sosialarbeidertradisjonen. Spesielt Granli Aamodt som påpeker at grunnlagstenkningen i sosialt arbeid er dominert av et subjekt-objekt-perspektiv der hjelperens rolle er overordnet. Granli Aamodt er opptatt av ord og holdninger som likeverd, respekt og en bevegelse fra det hun kaller ekspertveldet til den gode likeverdige relasjonen. Hun opplever at folk flest assosierer anerkjennelse med ros og at nye begreper som brukarmedvirkning og empowerment har lett for å bli keiserens nye klær i tilnærming til klientene eller brukerne.

I Sofies uttalelser kan en identifisere en forståelse av at hun har lært gjennom utdanning, erfaring og som forelder hva som kjennetegner barnets beste, hvilke behov barnet må få dekket gjennom foreldrene og hvilke omsorgsbetingelser barn profiterer på. Sofie gir uttrykk for at hun har klare tanker om barnas behov, men vil ikke kunne klare å forstå det fullt ut, og er klar på at dette må hun forholde seg til sin terapeutiske praksis.

En erfaren sosialarbeider har mye kunnskap om behov og utfordringer i møte med barn og foreldre. Utdanning og praksis tilsier at sosialarbeidere vet hvilke komponenter som skal være i en stabil og trygg omsorgssituasjon. Vigdis Bunkholdt og Mona Sandbæk (1998, s. 43) sier at i utviklingspsykologi er det stort sett enighet om at barn gjennom sin oppvekst må få dekket grunnleggende behov for fysisk omsorg, beskyttelse, kjærighet, aksept, respekt og forutsetninger, oppdragelse og sosialisering. Barn trenger å finne mening i og organisere erfaringer, de trenger stabilitet og kontinuitet i sin omsorgssituasjon. Kommer den kunnskap om behov og utfordringer til uttrykk i sosialarbeiderens praksis? Er det å være sosialarbeider synonymt med å vite hva barn trenger for å kunne ha en trygg og god utvikling?

Laila Granli Aamodt (Rød 2011, s. 26 og 27) ser tilbake på sin sosialarbeiderpraksis og viser til et eksempel etter at hun hadde sluttet i jobben på Statens senter og begynt på barnevernsvakta i Oslo. – ”Jeg husker at jeg kom hjem til en familie og fikk vite at barnet var til samtale hos psykologen sin på Statens senter. Da tenkte jeg: Så det er sånn verden ser ut for de barna som kommer til Statens senter. Vi hadde ingen forestilling om hvordan de levde”. Slik jeg forstår Granli Aamodt sier hun at de behandlet gutten sin atferd og/eller lidelser uten at de hadde kartlagt guttens omsorgskontekst. Det som gjorde sterkt inntrykk på henne, var at det å behandle symptomet på en uholdbar omsorgssituasjon var en velanvendt og legitim praksis. Likeledes at etter endt samtale eller endt behandling, sendte de gutten tilbake til den symptomskapende familiekonteksten, uten at den ble gjort noe med den, eller at den hadde endret seg.

Oddbjørg Skjær Ulvik (2007, s. 30 og 31) sier at å søke etter barneperspektivet er mer å forstå som kulturelle idealer, som ikke nødvendigvis preger praksis. Hun forsetter med at selv om det er konsensus om at barneperspektivet skal søkes, er det knapt enighet om hva det innebærer, verken i politikk eller forskning. Praksis blir preget av forventningen om å ta barneperspektivet inn i samtaler og behandling, men spørsmålet er om den metodiske tilnærmingen er tilrettelagt for å ta dette? Den foreldreorienterte metodiske tilnærmingen er mer rettet mot å endre barns atferd og veilede foreldrene i den prosessen, og ikke på barns egenopplevde virkelighet.

Informantenes opplevelser og sitatutdragene fra intervjuene, viser kompleksiteten i spørsmålet om barneperspektivet, eller barnets egenopplevde virkelighet. Informantene beskriver barneperspektivet som en måte å tenke og handle på. Sara sier at i tilfeller der foreldre er i

konflikt og har nok med seg selv, må hun forklare for foreldrene hvordan barnet kan oppleve for eksempel skoledagen. Nora sier at barneperspektivet er barnets beste i forhold til den jobben vi gjør, og at barn og foreldre skal få det best mulig. Hun sier at vi skal hjelpe foreldrene, men at de alltid har med seg barna i bakhodet. Slik jeg forstår det Nora sier, er barneperspektivet en terapeutisk handling for at barn og foreldre skal få det best mulig. Det er noe som ligger i bakhodet, som minner henne på hvordan barnet erfarer og opplever. Sofie har forståelse av barneperspektivet som noe en kan forsøke å sette seg inn i, men hun opplever at hun ikke har forutsetninger for å gjøre det. Sofie sier at hva som er bra for ett barn ikke forutsetter hva som er bra for et annet. Hun sier at hvert enkelt barn har ulike behov og ståsted.

Oddbjørg Skjær Ulvik (2007, s. 31) spør om en kan ta barns uttalelser bokstavelig og utenfor sin kontekst? Hva barn opplever og erfarer har ulik betydning. Barn som opplever de samme fenomen i lik kontekst vil allikevel oppleve dem ulikt. Barn har forskjellige styrker og sårbarheter. Dette kan være biologisk eller kulturelt betinget. For eksempel kan en kommentar fra en forelder som for et barn kan være morsomt og oppleves som fleip, for et annet barn være alvorlig og krenkende. Det kan handle om relasjon til forelder eller i hvilke kontekst kommentaren kommer.

Det er politiske føringer om å fokusere på barneperspektivet i fagfeltet. Hva kan konsekvensen av dette fokuset være? Konsekvensen av de politiske føringene og forventningene om å ta høyde for barneperspektivet fører til et press på fagfeltet. En forståelse av at barneperspektivet ikke har en vitenskaplig eller faglig forankring i praksis, gjør noe med praksisfeltet. Når den metodiske tilnærmingen ikke er lagt opp til i ivareta denne konsensusen og forventningen om å ta høyde for barneperspektivet, blir det opp til hver enkelt terapeut og ivareta dette. De foreldreorienterte metodene har ikke det fokuset på barneperspektivet som Ulvik (ibid, s. 30 og 31) beskriver som er et kulturelt ideal. Barn kan forstås som den beste representanten for sitt barneperspektiv, selv om det ikke er fullstendig, og er kontekstbundet. Barn representerer de mest spesifikke og nyanserte forståelser av eget perspektiv. Utfordringen er hvordan kan foreldre og terapeuter skal få tilgang på disse nyansene? Kan en metode med foreldreorientert tilnærming få denne tilgangen uten å snakke og inkludere barnet i samtalen? I spennet mellom ideal, praksis og metoder kan nødvendige barnespesifikke nyanser forsvinne. De barnespesifikke nyansene forstås som best representert av barnet selv. Det å snakke med barn og inkludere dem i samtalen vil øke tilgangen på disse nyansene. Når



barnet ikke deltar i samtalerne eller blir snakket med, kan det bety at nyanser forsvinner. Når nyansene forsvinner kan det få som konsekvens at også barneperspektivet forsvinner.

Barneperspektivet oppleves som en kompleks individrettet prosess som kan forstås som hvert enkelt barns subjektforståelser av sine forskjellige kontekster. Kan barnets subjektforståelse representeres av andre enn av barnet selv?

#### **4.2.2 Fortellinger om barn og barneperspektivet i samtalen**

Samtalen er en kontekst der det foregår kontinuerlig samhandling, påvirkning og forklaring.

Samtalen er en arena der det skapes nye forståelser og forklaringer av virkeligheten. I boka ”resiliens i praksis” (Lippe, Hartmann og Killen 2008, s. 48) blir det hevdet at påvirkning går ikke bare en vei. Barn blir påvirket av foreldre, barn påvirker også foreldre. At foreldre og barn deler konstruktive opplevelser sammen er en ressurs og kan ofte være en kjærkommen opplevelse.

Er barn og barneperspektivet viktig i behandlingssamtalen? Jeg intervjuet informanter om deres erfaringer, opplevelser og refleksjoner om temaet. Samsvarer idealet med praksis? Sara sier om hennes opplevelser og erfaringer med barn i samtalen;

*”Jeg tenker at ofte i sånne samtaler så må barna få vite faktisk hvor flinke de er, selv i første samtale sitter de oftere roligere enn foreldrene forventer, de er flinkere til å snakke mer seriøst enn hva kanskje foreldrene forventer og foreldrene kan til tider få ”aha” opplevelser av å være med på dette for første gang.”*

Sara forteller at det å ha barn med i samtalen gir en anledning til å vise barnet fra en annen side enn det foreldrene er vant til. Hun velger ut en samtale der barnet aktivt deltar, og at barnet opptrer overraskende eksemplarisk overfor foreldrene. Er det slik at foreldre og terapeuter forventer at barnet ikke evner eller ønsker å delta i samtaler med foreldrene? Ønsker ikke barnet høre hva foreldrene og terapeut sier om det og har ikke barnet selv et ønske om å bli hørt? Barn har mange sider ved seg på lik linje med voksne. Barn kan oppleves som mer impulsive, ukonsentrerte og aktive; noe som også er barnets natur. Barn er lettere å påvirke og er mer sensitive i møte med omgivelsene enn voksne, som i større grad kan legge bånd på det. Kjeder barnet seg i samtalen fordi fokuset i samtalen er andre steder enn barnet ønsker, eller er ikke barnet inkludert aktivt i samtalen, kan dette komme til uttrykk i barnets non-verbale språk. En annen forståelse kan være at fokuset i samtalen er på barnets leggetid, mens barnet sitt hovedanliggende er at foreldrene skal slutte å krangle. Dermed kan

barnet fremstå som ukonsentrert og uinteressert. Sofie sier at hun ønsker å invitere og inkludere barnet mer i samtalen enn hun gjør. Hun forklarer spennet mellom ønske og praksis på denne måte;

*”Nei, jeg tror blant annet at det er praktiske ting, men også at vi gruer oss, vegrer oss litt for å ta barna med i samtaler. Eller at det er lettere å jobbe bare med foreldrene og at det er krevende å ha samtale med barn.”*

Sara opplever at hun er flink til å inkludere barnet i samtalen, men ønsker å inkludere det enda mer. Hun ser likevel visse utfordringer med barnets deltagelse. Sara sier om barns deltagelse i samtalen; *”Barna kan bli ivrige i samtalen og impulsive, og vil fortelle om alt det de har opplevd den dagen, og hva som har skjedd siste uka og plutselig farer litt til og fra og vil leke litt.”* Det kan forstås som at både Sofie og Sara er bekymret for at barnet skal skape uro og flytte fokus bort fra tema i samtalen.

Barns eventuelle uro kan være et tegn på et ubehag i situasjonen. Det kan være frykt eller forventning om å få et negativt fokus på seg i samtalen, hjemme, på skolen og på fritiden. Lippe, Hartmann og Killen (2008, s. 49) tar i boka *”Resiliens i praksis”* til orde for å se mot potensialet bak de massive symptomene. Resiliens definerer Borge (2008, s. 13) som vitenskaplige funn om individ som fungerer godt på tross av påkjenninger. Hun beskriver tre viktige karakteristika ved resiliens. Det kan være kontrollerte håndteringer av påkjenninger man blir konfrontert med. Det andre kjennetegnet er ego-resiliens og personlighet. Ego resiliens beskriver hun som en ressurs som er forholdsvis konsistent gjennom barndommen. Det handler om å individets tro på egen påvirkningskraft, egen evne til refleksjon og engasjement. En slik forståelse om ego resiliens kan dekonstrueres til at barnets deltagelse i samtaler og behandling vil støtte opp om barnets utvikling.

Sofies opplevelse av barneperspektivet i samtale: *”Da plutselig så han gutten på en annen måte, da tenkte jeg at da viste faren på en måte et barneperspektiv.”* Sofie opplevde at barneperspektivet kom på plass da far begynte å gråte. Sofie anvender her en lineær årsaksforståelse og tar fars tårer som et tegn på at han ser guttens opplevelse og virkelighet. I en slik forståelse blir årsaken til farens tårer knyttet til at han tar barnets perspektiv. Ved å benytte en sirkulær tenkning kan farens tårer være et uttrykk for flere mulige forståelser. Det kan være at farens tårer har utgangspunkt i en opplevelse av seg selv som en mislykket far, opplevelser i egen barndom, i møte med egen far eller helt andre grunner. Sofie antok at

tårene var knyttet til farens opplevelse av at han så barneperspektivet. Det kan være en riktig antagelse, men er vanskelig å vite dersom faren ikke fortalte hvorfor han gråt.

En lineær forståelse er beslektet med medisinsk og evidensbasert tenkning som ligger til grunn for foreldreorienterte metoder som PMTO og MST. Sirkulær forståelse har mer et utgangspunkt i den kontekstuelle modellen. Lineær forståelse er (Hårtveit og Jensen 1999, s. 48) beskrevet som om at sykdom har en bestemt årsak som er på linje med evidensbasert praksis, mens en sirkulær forståelse er sykdom som et resultat av mange faktorer som i den kontekstuelle tenkningen.

Er barnets stemme viktig i samtaler, og kan barnet fortelle noe vi ikke vet? Nora sa det slik.

*”Jeg tenker at vi som hjelpeapparat hørte veldig på barnet da, ja. Vi kunne støtte og bekrefte barnet på at sånn som situasjonen er pr i dag, er det faktisk ikke godt nok.”*

Nora beskriver en jente som var i konflikt med foreldrene sine. Det kom til situasjoner der det ble brukt vold. Det at jenta kunne fortelle Nora og barnevernet om denne volden satte en stopper for den. Hva om jenta ikke hadde vært i stand til å si i fra om volden? Ville Nora eller andre hjelpeinstanser ha spurt jenta om det forekommer vold i hjemmet?

Haldor Øvreeide i boka Samtaler med barn (1995, s. 20) snakker om at barnevernet skal komme i posisjon for å gi assistanse, støtte og eventuelt gripe inn med makt for å sikre barn et minimum av nødvendige oppvekstbetingelser. Han sier at enhver offentlig motivert handling overfor familien vil innebære en markering av at familiens ressurser kanskje ikke strekker til i forhold til barnets behov, som er i tråd med det Nora her beskriver. Jenta i Noras beskrivelse ble nærmest en informant i forhold til egen familie. Hun fikk sagt i fra om at omsorgssituasjonen ikke var god nok fra hennes synsvinkel, noe som ikke var like synlig for foreldrene. I dette tilfellet var barnet tydelig i sine beskrivelser overfor hjelpeapparatet. Dersom hjelpeapparatet ikke hadde brukt tid på å snakke med barnet, hørte på barnet eller barnet var yngre, redd eller ikke kunne komme med klare beskrivelser; kunne utfallet av saken ha blitt noe annet. Utfallet kunne ha blitt at Nora hadde behandlet symptomatferden og ikke den symptomutløsende omsorgskonteksten.

### **4.2.3 Oppsummering**

Informantene arbeider ut fra en foreldrefokusert tilnærming i behandling. De gir likevel uttrykk for at barnets stemme og at barnet er delaktig er viktig i det arbeidet de gjør. De ønsker å være flinkere til å inkludere barn i samtalen og holde mer fokus på hvordan barn opplever sin egen situasjon. Dette kan si noe om at informanter ikke er helt komfortable med egen praksis i forhold til å ivareta barnet og barneperspektivet.

Informantene beskriver ulike scenarioer med barn og deres funksjon i behandlingssamtaler. Den ene er at barnet kan fremstå med ressurser og handlingsrepertoar, som for mange foreldre kan være vanskelig å se i en travel og konfliktfylt hverdag. Informantene opplever at barn kan være krevende i samtalen. Det medfører også flere praktiske hensyn som det å be barnet fri fra skolen eller at terapeuten må møte barn og foreldre på kveldstid. Majoriteten opplevde det lettere å arbeide bare med foreldrene og at det var mer krevende med barn i samtalen.

## **4.3 Foreldreomsorg**

Informantene har møtene med foreldre som sin hovedarena. Foreldrene de møter er ikke en homogen gruppe, men har ulike ressurser og behov. Dette med utgangspunkt i hvert enkelt barn og foreldrenes livssituasjon. Analysen tar for seg temaer som ”Fortellinger om møter med foreldre i krise”, ”Det barnet forteller” og ”Foreldre som hører hva barnet og terapeuter forteller”. Først vil jeg drøfte informantenes opplevelser og erfaring med foreldre i krise. Deretter vil jeg redegjøre for informantenes fortellinger om tillit og mistillit til foreldrenes beskrivelser og forklaringer, og hvordan informantene ser på barnets uttalelser og atferd som informasjon i forhold til omsorgssituasjon. Kapittelet avsluttes med fokus på foreldrenes psykiske og fysiske helse i foreldreorientert behandling, og til slutt en oppsummering.

### **4.3.1 Fortellinger om møter med foreldre i krise**

Hvordan møter informantene foreldre i krise? Kan foreldre fokusere på barnas behov når de selv er i krise?

Forskning viser at i mange barnevernssaker har foreldre selv hatt utfordringer i sin egen barndom og utfordringer som voksen. Det kan være foreldrekonflikt, økonomiske utfordringer, fysisk- eller psykisk sykdom, rus, volds og overgrepssproblematikk.

Informantene beskriver ulike scenarioer fra møter med foreldre der de opplever at *barnets* utfordringer og behov ikke har foreldrene sitt hovedfokus. Hva er det som gjør at det er så lite fokus på at foreldrene til barn som mottar barnevernstiltak, har egne problemer og behov?

Hilchen Sommerschild og Berit Grøholt (1997, s. 284) sier at skilsmisse er en av det mest belastende livshendelser som kan ramme en familie. Både voksne og barn fra skilsmissehjem har som gruppe økt forekomst av både somatiske og psykiske lidelser. Sommerschild og Grøholt legger til at en har sett at disharmoni i uoppløyste hjem, gir høyere risiko for psykiatrisk sykkelighet hos barn, enn i de familiene hvor det forekommer skilsmisse (ibid s 287.) Sommerschild og Grøholt sier at disharmoni i familien kan få store konsekvenser for barn. Skilsmisser er ofte et resultat av disharmoni i familien, som tyder på at barn er risikoutsatte i forhold til somatiske og psykiske lidelser. Det ble allerede i 1953 påvist en ekstrem, oversykelighet hos skilte kvinner og menn, men risikoen var høyest for menn (ibid s 289.) Informantene fikk spørsmål om hva som er utfordrende med å gi plass til barneperspektivet i samtaler med foreldre? Sara snakker om at de møter foreldre i krise:

*Nei de kan være for slitne, og de kan kanskje ha litt mangel på empati eller er i en ond sirkel de ikke kommer helt ut av, og konflikt nivået er enormt høyt så de har aldri tid til å ta perspektiv på seg selv eller barnet.*

Når jeg leser sitatet blir jeg opptatt av begrepene som slitne foreldre, mangel på empati, ond sirkel, enormt høyt konfliktnivå, tid og perspektiv på seg selv eller barnet. Hva sier ordbruken til meg som forsker om Saras refleksjoner og holdninger i møte med foreldre? Slitne foreldre er et stort og lite konkret begrep. Hva er det som gjør foreldrene slitne? Hva er det som gir Sara opplevelsen av at foreldre har mangel på empati? Hva kan være medvirkende til at foreldre mangler empati? Hva er og består den onde sirkelen av? Saras ordbruk kan forstås som et uttrykk for avmaktsfølelse i forhold til de arbeidsoppgaver som det forventes at hun skal utføre. Kan det være at Sara møter foreldre som har problemer av et slikt omfang at det ikke er forenlig med tanke på evidensbasert styrking av foreldrene i foreldreferdigheter? Det vil si at hun tenker en kontekstuell tilnærming som ivaretar både barnets og foreldrenes behov?

Saras beskrivelser identifiserer en opplevelse av et stort ansvar. Hun gir uttrykk for at barnet ikke har det fokuset i samtalen det skal ha og kjenner på et ubehag. Ubegagat kan være en konsekvens av at Sara ikke klarer å tilby barnet den hjelpen som er forventet og som hun

mener barnet trenger. Ubehaget blir forsterket av en mistro, og av en opplevelse av at foreldre ikke ser barnet og barneperspektivet. Det får meg som forsker til å tenke på hvilke erfaringer Sara må ha hatt i møte med foreldre. Har erfaringene og opplevelsene vært av en slik karakter at Sara har tvilt på foreldrenes ressurser til å fylle de behovene barnet måtte ha?

Nora om foreldre i krise;

*”Masse konflikter i forhold og skilsmisse der en lurert på om barnet er symptomfører av mamma og pappa sin uenighet. Der det blir en del påstander som gjør at en lurert på omhandler barnet eller blir barnet påført det (symptomene) for å få det (foreldrenes konflikter, egne behov og ubehag) vekk i fra seg selv”.*

Nora anvender kontekstuelle forklaringer i forståelse av barneperspektivet når hun sier at foreldre i en skilsmisseprosess ikke ser barns behov. De kan ha nok med å skape seg selv en sammenheng, få oversikt og dekke egne behov. Eller er det slik at foreldre vil kunne dekke barns behov for å bli sett, går foran foreldrenes egne behov, eller kan dette være en prosess som går parallelt? Frode Thuen (2001, s. 159) sier at minst 20 000 barn opplever at mor og far flytter fra hverandre. Det at mor og far flytter fra hverandre er en alvorlig livshendelse og er den livshendelsen som berører flest barn. Dette sier noe om hvor vanlig denne problemstillingen er for de som jobber med barn og unge og spesielt innenfor hjelpeapparatet.

Kari Moxnes (2001, s. 31) viser til en undersøkelse av foreldrenes egen opplevelse av barns skader i forbindelse med skilsmisse. Denne er uten registrerbare funn av sosiale og psykologiske skader, og det var mer vanlig med positive enn negative atferdsendringer. Forskere og fagfolk som hevder at skilsmissebarn klarer seg bra, er blitt beskyldt av sine meningsmotstandere for å utelate eller nedtone de negative konsekvenser av samlivsbrudd. De blir beskyldt for å rettferdiggjøre sine egne skilsmisser eller for å rettferdiggjøre skilsmisser generelt. Motsatt vei blir det i følge Thuen (2001, s. 160) rettet kritikk mot de som understreker faren ved skilsmisse for å svartmale situasjonen og påføre barna mer problem enn å hjelpe dem. Denne formen for bruk av teori og forskning minner om interessante kvinnepolitiske spørsmål som likestilling og rettigheter enn barnets beste.

Når jeg leser Noras sitat blir jeg opptatt av ord som: konflikt, skilsmisse, barnet som symptom og sammenhengen med, at barn som lever i konfliktsonen mellom mor og far kan få problemer. Per Arne Rød svarer ikke på dette spørsmålet, men sier i Fokus på Familie (2010,

s. 98) *”at det finnes lite kunnskap om barns omsorgssituasjon i forbindelse med konfliktfylte samlivsbrudd”*. Han snakker om at deres anliggende var først og fremst å la disse barna komme til orde og beskrive den daglige omsorgen eller forhold som påvirket denne. Rød hevder at de voksnes synspunkter på konsekvenser er dokumentert gjennom flere undersøkelser (ibid) Per Arne Rød (ibid) tar her til orde for at barnets opplevelse skal komme til uttrykk gjennom barnet. Han poengterer at det finnes lite kunnskap om barns omsorgsvilkår i forbindelse med samlivsbrudd og det blir naturlig å anta at dette gjelder også ved samlivskonflikt. Foreldre kan også bruke barnet for å ramme hverandre, og flytte fokus vekk fra seg selv og anklage den andre. Rød sier:

*”I utviklingspsykologien er det i all hovedsak enighet om at barn i sin oppvekst må få dekket behov for fysisk omsorg og beskyttelse, kjærlighet og aksept, tilknytning, stabilitet, kontinuitet, respekt for egenart, oppdragelse og sosialisering, og finne mening og organisere erfaringer”* (2010, s. 99).

Ett barn som lever i en konfliktsone vil trolig ikke få dekket disse basale og allmenne behovene, som Rød snakker om. Sofie på sin side sier: *”det hender jo ofte i samtaler at en merker at foreldrene er mer opptatt av sine egne vansker eller ekteskapsproblem, eller at det er samboer problem som overskygger nesten alt”*. Sofie sin opplevelse er at foreldrenes problemer kan bli så store at de stenger av for foreldrenes evner til å se barnet. Det som blir tydelig i mine møter med informantene er at temaene de er opptatt av og forteller om, ofte er mer tradisjonelle tema som konflikter mellom nåværende og tidligere samlivspartnere der barnet lever sitt liv i konfliktsonen.

#### **4.3.2 Det barnet forteller**

For at foreldre skal få innvilget et hjelpetiltak i regi av barnevernet må det foreligge en kartlegging av barnets behov for hjelp. Deler av kartleggingen består av samtaler mellom barn, foreldre og representanter for barnevernet. Opplever informantene at foreldre og barn forteller ”sannheten”? Hva gjør informantene når de er usikre på om barn og foreldres beskrivelser har rot i virkeligheten?

Trenger vi barn som informanter for å kontrollere om foreldrene snakker sant? Eller vil erfarne terapeuter med gode kartleggingsrutiner og manualer, være i stand til å avdekke vold,

overgrep og omsorgsvikt, uten at barnet må si det direkte? Sofie sier at *”en kan også snakke med barna selv. Å prøve å sjekke ut om det samsvarer med det bildet foreldrene gir, og det som barna uttaler”*.

Det karakteristiske ved Sofies forståelse er at barn blir sett på som mer ærlige enn foreldrene. Barnet snakker i rene ordelag og svarer på spørsmål uten å tildekke forholdene. Sofie tar her til orde for å sammenligne barnets og foreldres virkelighetsbeskrivelser som en kontrollfunksjon. En kontrollfunksjon som skal ivareta Sofies bekymring og ubehag knyttet til omsorgssituasjonen til barnet. At en slik kontrollfunksjon er berettiget kan en forstå ut fra det en vet om barn med hjelpebehov. I en kontekstuell forståelse vil barn med hjelpebehov i større grad komme fra familier med sammensatt problematikk, enn fra godt fungerende familier. Sofies uttalelser viser en ansvarlig side. Når Sofie opplever at det foreldrene formidler ikke samsvarer med hennes forståelse og opplevelser får hun behov for en avklaring. Konsekvensen av ønsket om avklaring kan være å inkludere barnet i samtalen. Sofie kan forklares som ambivalent i forhold til et ønske om å tro på det foreldrene sier og hennes egen opplevelse av hva som er reelt. Ambivalensen kan være nyttig i kommunikasjon med barn og foreldre. Ambivalens trenger ikke å være tegn på terapeutisk utrygghet og manglende kompetanse, men kan være et resultat av terapeutens ansvarsfølelse og bekymring for barnet. Terapeutisk ambivalens kan medføre at terapeuten stiller nødvendige undrende, nyanserte, og ansvarlige spørsmål knyttet familiens historie og omsorgssituasjon. Dette i kontrast til et handlingslammet hjelpeapparat som ikke tør å spørre de spørsmålene som lurte i bakhodet.

Vil en ved å snakke med, eller spørre, barnet om hvordan det har det i hjemmet, kunne ivareta terapeuters behov for å sjekke om foreldrenes beskrivelser samsvarer med terapeutens oppfatning? Haldor Øvreeide (1995, s. 21) hevder at det typisk for systemer som er i konflikt at det etableres rigide meninger, gjerne polariserte i motsetninger som blir bundet opp i det som han kaller lojaliteter. Ifølge Øvreeide (ibid) betyr det at personer som er i konflikt knytter til seg meningsfeller. Han fortsetter med at når denne lojaliteten er etablert, står personen som er i en konfliktsituasjon, ikke fri til å endre mening. Barn, som selv er objekt for konflikten blir raskt bundet opp i slike systemer, uten at det er bevisst handling av foreldrene. Det kan være at barnevernets kartlegging og utredning vil nøre opp om en slik lojalitet. Nora beskriver en ambivalens syns jeg:



*”Jeg tenker at en må høre på barnet ja, men en vet og det her med barna sin lojalitet, den er jo sterk. Både den ene og andre veien. Og det vil forandre seg. Spør du i dag så mener jeg (barnet) det, og spør du i morgen, så mener jeg (barnet) det, alt etter. Men det er klart at det er viktig at barn blir hørt, det er helt klart.*

Nora viser her til hennes ideal om å høre på barnet, samtidig som hun sier at barnet ikke er troverdig fordi det forandrer mening. Det begrunner hun med barnets lojalitet til foreldrene. At barn forandrer mening er ikke unaturlig, og kan ha flere grunner. Det kan være etter press fra foreldre. Det kan være at det som barnet opplevde som gyldig ved forrige samtale ikke er gyldig lenger. Barnet er mer kontekstbundne enn voksne og har andre tids- og forståelsesperspektiver. Nærhet i tid i forhold til positive og negative hendelser kan ha stor påvirkning i forhold til det barnet opplever og forteller. Det er vel barnets natur å være lojale mot foreldre. Barnet er lettere å påvirke og dets verdensbilde forandrer seg i høyere tempo enn hos voksne. Lojalitet til foreldre kan ha flere bestanddeler. Dersom barnet opplever at foreldrene blir krenket eller urettferdig behandlet, vil de i mange tilfeller mobilisere lojalitetsfølelser knyttet til foreldrene og et ønske om å beskytte dem. I barnevernssaker kan barnets lojalitet til foreldre være en konsekvens av frykt for at det ikke lenger kan bo hjemme. Den frykten kan være et resultat av foreldres instruksjoner i forkant av en samtale, eller barnets kjennskap til at barnevernet som instans som kan plassere barn utenfor hjemmet. Familier som er i kontakt med barnevernet kan være i en form for krise. Barnet utvikler seg ikke slik som foreldre eller andre voksne ønsker. Eller foreldrene klarer ikke å gi barnet den omsorgen det trenger innenfor i familiens omsorgsbetingelser. Astri Johansen (2000, s. 116 og 117) snakker om lojalitet i forbindelse med kriser i familier. Familiens lojalitet til hverandre skal gjelde for enhver pris. Uenigheter, konflikter og egne behov kan splitte familien og må derfor undertrykkes.

Kan en tillegge barn et ansvar for å si i fra dersom omsorgssituasjonen ikke er god nok? Kan en legge et slikt ansvar på barnet? Sofie sier at:

*”..problemstillinger er at du får foreldrene sin opplevelse av det (historien), uten å få sjekket det ut direkte med barnet, men jeg sier at foreldrene kjenner sine barn ofte best, men vi møter ofte familier som er i krise. Og jeg tror nok at de (foreldrene) i krise kan framstille sannheten litt annerledes enn det den er. Altså skygger i virkeligheten over det (sannheten) Krisen skygger over, eller hva skal jeg si...”*

Hva er det som gjør at Sofie ikke tror på det foreldrene sier? Er det en generell skepsis til foreldre hun møter i sin praksis? Hva sier dette om Sofies erfaringer og holdninger til

foreldrene hun skal hjelpe? Kan det være bekymringen for barnet og dets omsorgssituasjon som kommer til uttrykk i uttalelsen? Kan det i en kontekstuell forståelse være opplevelser og erfaring fra praksis som tilsier at mange av de foreldrene hun møter er i en form for krise? videre at en evidensbasert foreldreorientert tilnærming ikke vil være det riktige tiltaket, som igjen kan medfører en bekymring i forhold til barnets omsorgssituasjon? Slik jeg forstår Sofie så gir hun et uttrykk og et ønske om å ta ansvar for å avdekke omsorgssituasjoner som ikke er forsvarlig, men blir utrygg i praksis for å ivareta det ansvaret.

Sara sier at hun fortrekker å møte barn og foreldre sammen i samtaler. Hun sier:

*”..at det er mye lettere å se relasjonen mellom barn og foreldre dersom du ser dem i sammen og vite om det foreldrene sier er korrekt, eller det vi sier er korrekt. Nå er det sånn at jeg tenker i en sånn jobb, at jeg selv som terapeut også er i relasjon både til foreldre og barn..”*

Sara sier at ved å studere barn og foreldre sammen så øker muligheten for å kontrollere om det foreldre sier og hennes egen opplevelse stemmer. Sofie og Sara bruker i disse to overforstående sitatene flere ganger ord som sannhet og korrekt, noe som indikerer en lineær tenkning i forhold til hva som er riktige beskrivelser, opplevelser og forklaringer. Sara beskriver at det å studere relasjonen mellom barn og foreldre gir informasjon til henne, i forhold til å se sammenhenger og for å forstå. Sara tenker at i hennes arbeid i Statens barnevern må hun ha en relasjon både til barnet og foreldrene. Hvordan kan vi forstå Saras behov for å se barn og foreldre sammen? Det kan dekonstrueres til en forståelse av at det å se barn og foreldre sammen vil gi en indikasjon på om foreldrenes beskrivelser av barns komplekse behov og utfordringer i en reell forståelse som ivaretar barnet. Kan det forstås som at Sara ønsker et mer kontekstuell bilde av barn, foreldre og omsorgssituasjon i forkant av og i behandling? Hva er det Sara forstår som en nødvendig relasjon, både til foreldre og barn, i terapeutisk praksis, et uttrykk for? Det kan analyseres som konsekvens av de sakene hun har arbeidet med. Det kan tenkes å være saker med innhold som karakteriserer omsorgssituasjoner av bekymringsfull karakter, og som tidligere ikke er identifisert. Det kan tenkes at det å ha relasjon til både barn og foreldre kan gi en bedre oversikt over behovene og ivaretagelse av dem.

Det debatteres, i ulike evidens og kontekstuelle fagmiljøer, om barnet kan representere seg selv og sitt perspektiv. Barnet som deltager i behandling og samtaler, er noe fagmiljøene

strides om. Spiller valg av behandlingsmetode noen rolle i hvordan atferd forstås? Evidens- og foreldreorienterte metoder har mindre fokus på barns deltagelse i behandling. Der er fokuset mer på å veilede foreldrene i å endre barnets atferdsmønster. Den kontekstuelle modellen ser på barnet som en del av en helhet, og har et ønske om å inkludere barnet i behandling for at konteksten og barnet skal endre seg. Valg av tilnærmings- modell og hvordan atferd forstås, identifiserer et dilemma. Ser Sara på atferd med utgangspunkt en i lineær årsaks- virkningsforståelse av hva som er sann og korrekt forståelse av atferd? Eller en sirkulær forståelse, der atferd et resultatet av mange faktorer som foreldres omsorgsevne, omsorgssituasjon og barnets individuelle sårbarheter? Befinner Sara seg i et dilemma?

#### **4.3.3 Foreldre som hører hva barnet og terapeuter forteller**

Foreldre som hører hva barnet forteller, er foreldre informantene opplever har et avklart forhold til egne basale behov. Dette gjør dem disponible til å fokusere på barnas grunnleggende behov. Foreldrene som informantene refererer til, kommer fra ulike sosiale lag. Foreldrene har ulik økonomi og status. Utdanningsnivået varierer og forutsetningen til å ta i mot behandling er ulikt. Kari Killen (2010, s. 16);

*”bruker begrepet psykososialt arbeid til å betegne forebyggende – og problemløsningsprosesser der psykososiale og sosialøkonomiske, kulturelle problemer og ressurser står sentralt, og der relasjonen mellom yrkesutøver og klient er et virkemiddel”.*

Kari Killen (ibid) snakker om å forstå samspill og den prosess som terapeuten er en del av. Hjelper må i samarbeid med klienten formulere en problemstilling som danner grunnlag for handling (ibid, s 38). Slik jeg forstår Killen tar hun til orde for en mer helhetlig tenkning. Hun ser på det som en forebyggende faktor å hjelpe foreldre med å bedre deres psykososiale og sosialøkonomiske forhold. Terapeuten skal hjelpe barnet, men må også hjelpe foreldrene med egen behovsdekning og bedre omsorgskonteksten.

Spiller foreldrenes psykiske og fysiske helse inn i forhold til hvor stort utbytte de har av behandling? Informantene mener at foreldre som er syke, har sosiale eller samlivsproblemer har utfordringer i å klare å ta barnet sitt perspektiv. Friske og godt sosialt fungerende foreldre er i større grad mottakelig for å se barnet og motta terapi. Sara beskriver dette slik:

*”på det tidspunktet var hun forholdsvis frisk og hadde tid til blant annet lekselesingen. Hun holdt det fint og rent og middagen klar og de tingene der. De tingene der kan en også bli rørt av, og mor viste enormt stor glede over å være kommet så langt. Det var stort for henne bare det å klare å lage en middag til de kom hjem.”*

Sara forteller at det handlet om mors anliggende og lite om barnet. Når mor fikk tatt tak i deler av eget liv og fikk orden på hjemmet, kunne hun flytte fokus over på barnets behov. Det Sara snakket om i intervjuet, er at det er viktig å møte foreldrene *der de er*. Det kan være å møte foreldre i deres problem, for eksempel samlivssituasjon, økonomiske og sosiale utfordringer. På den ene siden kan en se på det som nødvendig å møte foreldres behov og problemer for at de skal være tilgjengelig for barnet og barneperspektivet. Men på den andre siden vil det gå på bekostning av barnet og barneperspektivet, noe som indikere et terapeutisk dilemma.

Informanter legger stor vekt på at det er foreldrene som skal utføre behandlingen i møte med egne barn. I boka *Foreldre fokusert arbeid med barn* sier Hafstad og Øvreeide at;

*”Det underliggende poenget er å få frem hvor avgjørende dialogen og samspillet mellom foreldre og barn er for barnets utvikling og livskvalitet, og at denne forståelsen fortrinnsvis må være en tverrfaglig forståelse for dem som arbeider med barnespørsmål”* (1998, s. 12).

Et naturlig spørsmål er hvordan en manualbasert- og foreldrefokusert tilnærming ivaretar disse behovene? Legger opp til dialog mellom foreldre og barn? Tar metodene høyde for at foreldre kan ha behov for egen del som kan forstyrre dialogen?

Sara ser det slik;

*”Det er lett for å ta de t(barneperspektivet) opp, men foreldrene bruker lang tid på å ta det inn og vi må ta det opp i samtalene for at de skal begynne å forstå barnet sitt perspektiv. Det vi snakket om i sted i forhold til stress. Mor var lite psykologisk klar for å ta andres perspektiv. Visst de(foreldrene) er voldsomt stressa eller sliter, så opplever en ofte at de har mindre empati og lite forståelse for handling. Da blir en egosentrisk på samme tid. Da kan en ikke forvente at en skal snu det på en times samtale.”*

Sara sier at enkelte foreldre trenger tid og må rydde plass til å starte behandlingen. Foreldre vil få flere og spesifikke utfordringer i å møte og hjelpe barnet i hverdagen. Ved en foreldreorientert tilnærming vil foreldrenes belastninger være konstante, selv om barnet får det bedre. Foreldrenes egne utfordringer kan være som tidligere, noe som kan utfordre

behandlingsresultatet og videre utvikling. Barn og foreldre kan falle tilbake i det gamle mønsteret.

Nora fikk i intervjuet et spørsmål om hva som gjorde at foreldrene kom i en prosess der de kunne se barnet sitt på en litt annen måte. Nora sier; *"I samtalene fulgte vi familiens frustrasjon og fortvilelse, og i nedoverbakkene fulgte vi foreldrene og vi tok dem på alvor når nok var nok.* Nora beskriver her at å følge og ta foreldrene på alvor i sine frustrasjoner, åpnet opp for at foreldrene kunne se barneperspektivet. Ved å ta foreldres behov på alvor skapt en bevegelse i foreldrekonstellasjonen. Bevegelsen gjorde at foreldrene la frustrasjonen mer til side, og kunne se barnet.

Sofie fikk spørsmål om hva som gjorde at barneperspektivet og barnets stemme ikke fikk plass i samtalen. Sofie svarte: *Jeg tenker at vi brukte tid å rydde vekk de vanskene som mor hadde i parforholdet. Vi jobbet mye med å rydde det vekk. Det var en god opprydding.* Sofie beskriver en familie der mor er i konflikt med samboeren sin. Mor er bekymret for guttens utvikling. Men det som viste seg å viktigst for henne, var ifølge Sofie, å få hjelp til å bedre det konfliktfylte forholdet til samboeren. Sofie beskriver at da mor og samboers konflikt ble avklart, ga det åpning for å se barneperspektivet. Da fikk barnets stemme plass i samtalen. Ved å analyse Sofies uttalelse kan en få inntrykk av at mors eget behov for å avklare konflikten med samboer, var større enn mors behov for å hjelpe gutten. Dersom mor skulle velge hvem var den viktigste personen i hennes liv, ville hun trolig ha valgt gutten. Det kan virke paradoksalt at mor ikke klarte å se barneperspektivet før konflikten ble avklart. På den ene siden er gutten det viktigste for mor, men på den andre side må mor få dekket sitt behov for å få en avklaring med samboer. Først da kan hun se barnet og barneperspektivet. Kan dette forstås som at det konfliktfylte samboerskapet gjorde mor uttrygg? Det kan være utrygghet i forhold til det å bli forlatt av samboer og for å bli ensom. Det kan være økonomiske bekymringer og bekymringer for hvor de skal bo med mer. Gutten på sin side kunne bli hindret i sin utvikling på bakgrunn av samboerkonflikten. Dette fordi konflikten fanget mors oppmerksomhet, og hennes behov. Omsorgsbetingelser i hjemmet ble truet av konflikten, og sønnens primære behov var å få slutt på konflikten i håp om stabile og trygge omsorgsbetingelser. Først da kunne mor og gutten fokusere på det som, i dette tilfellet ble deres sekundære behov, kan forstås å være guttens utvikling. I mange tilfeller kan en møte og hjelpe foreldre med deres problemer og deres behov parallelt med en foreldreorientert

fokusert behandling, men da må en først avklare omfanget av foreldrenes problemer og behov, i tillegg må behandlingsmetoden eller terapeuten tillate det.

Hvor avgjørende er foreldrenes kontekst i behandling? Kan foreldre som er i kaos ha fokus på barnets behov? Informantenes opplevelser er at foreldrene ofte har egne problemer i omfattende grad. Informantene beskriver at det er nødvendig å møte foreldrene og deres behov, men kan komme i et dilemma med barnas behov og forventet mål med behandling. Forventet mål med behandling er at barnet skal endre atferd. Men informantenes forståelse av atferd er mer i retning av å være kontekstuell, enn evidensforklarende. Informantene kan komme i et dilemma i forhold til valg av metodisk tilnærming. Skal en holde fokus på den evidensbaserte forståelsen hvor en arbeider med å endre barnets atferd, eller skal en anvende en kontekstuell tilnærming? Informantene snakker om foreldre som er i krise på grunn av psykososiale eller sosioøkonomiske forhold. Hvordan kan en da møte disse barna og foreldrene med en evidens-, manualbasert modell og si at modellen har behandlingseffekt?

Foreldrene kan få et personlig løft i møte med hjelpeapparatet. Hjelpeapparatet er med på å rydde unna noen stressfaktorer og hjelpe foreldrene i å sortere mengden av behov. Det kan for eksempel være hjelp til å dempe samlivskonflikter og endre rutiner i hjemmet. Det at foreldrene får en samtalepartner i terapeuten, som støtter og bekrefter dem som foreldre, er nyttig. Likevel er det naturlig å stille spørsmål om dette er et varig eller midlertidig løft i foreldrerollen som barnet profiterer på sin hverdag og på sikt. I en slik forståelse vil det være naturlig å anta at foreldrene må få hjelp for sin egen del, før de i større grad ville kunne nyttiggjøre seg av foreldrefokusert behandling rettet mot barna eller at dette skjer i en parallell prosess.

#### **4.3.4 Oppsummering**

Informanten opplever at mange av foreldre de møter har behov og utfordringer for egen del. De snakker om foreldre som har konflikter i eget samliv, stor slitasje og lite energi. Når foreldrenes behov er store og uavklarte, oppleves de lite mottagelige for en foreldre- orientert tilnærming i behandling av barn. Foreldrene med uavklarte behov tar stor plass i samtalen. De foreldre med god behovsdekning, var mer fokusert på barnet og respondere på en foreldreorientert metodisk tilnærming. Informantene anvender og ser behovet for en kontekstuell forklaring og tilnærming til barns atferdproblemer og foreldrenes egne behov. De

forklarer det ved at foreldrene må bli møtt på deres behov, for å i større grad kunne se og møte barna i deres behov og eventuelle atferdsendringer. De beskriver at foreldre som får dekket egne behov, i neste omgang, ser barnets behov.

Informantene er skeptiske til om foreldre forteller ”sannheten” om egne problemer og utfordringer i sin omsorgskontekst. I disse tilfellene føler informantene behov for å snakke med og inkludere barnet i større grad i samtalen. Dette for å sjekke om omsorgssituasjonen er trygg og forsvarlig, og for å kontrollere om det foreldrene sier er sant.

#### **4.4 Behandling og ansvar**

*”Trygghet for det enkelte barn er nært knyttet til spørsmålet om foreldrenes evne til å ta ansvar. I utgangspunktet tas det for gitt at foreldrene verner sine barn og er i stand til å ivareta barnets behov. Familiens beste vil i de fleste tilfeller også være barnets beste. Derfor skal barnevernet ha som sine primæroppgaver å støtte opp under familien, slik at de kan mestre foreldrerollen. Men erkjennelsen av at så ikke alltid er tilfelle, representerer også en del av barnevernets fundament. Når samfunnet oppfatter at foreldrene, som har hovedansvaret, svikter sitt ansvar overfor barna, griper samfunnet ved barnevernet inn. På den ene siden skal barnevernet ivareta barnets rettigheter som samfunnsborger, på den andre siden skal barnevernet støtte opp om barnet og foreldrene. Dette gir barnevernet en utfordrende rolle.*

*Barnevernet er ikke bare en del av hjelpeapparatet, men også en del av det offentlige kontrollsystemet og har på vegne av samfunnet stor makt. Regjeringen ønsker et barnevern som er seg denne todelte rollen bevisst. Barnevernet skal så langt mulig gi forebyggende hjelp til barn og familier. Men å kunne gripe inn med tiltak utenfor hjemmet, er like fullt en viktig del av kompetansen i et moderne barnevern. Situasjonen og utfordringene i barne- og ungdomsvernet vil bli tatt opp i en egen stortingsmelding som regjeringen vil legge frem om kort tid.” (Stortingsmelding 39, 2001-2002 punkt 9.5.1).*

Informanter er terapeuter med lang erfaring. De har ulike videreutdanninger og terapeutiske praksiser fra tidligere. Nå jobber de på samme nivå, med utgangspunkt i en foreldreorientert metode innenfor samme organisasjon, men i forskjellige tiltak i fylket.

Analysen tar for seg informantenes opplevelser og erfaringer med ”Barn i samtalen, styrke og dilemmaer” i foreldreorientert behandling. Kapittelet avsluttes med ”I rommet mellom behandling og ansvar” der jeg belyser informantenes tanker, praksis og ansvar i forhold til å stille foreldre nære, tabubelagte og konsekvensrelaterte spørsmål.

#### 4.4.1 Barn i samtalen, styrke og dilemmaer

*”For i sandhet at kunne hjelpe en anden, må jeg forstå mer end han, men dog vel først og fremmest forstå det, han forstår. Når jeg ikke gjør det, så hjelper min merforståen ham slett ikke. Vil jeg alligevel gjøre min merforståen gældene, så er det fordi jeg er forfængelig og stolt, så jeg i grunden i stedet for å gavne ham, egentlig vil beundres av ham.”*

Søren Kierkegaard (Skau 1997, s. 60)

I en artikkel i Tidsskrift for Norsk psykologiforening ”Fra opplevd dilemma til mulige løsninger i terapeutiske samtaler med barn og deres foreldre” har Nilsson og Trana (2000, s. 541) foretatt en analyse av egne familiesamtaler for å forstå hva som kan gjøre samtaler med barn og foreldre vanskelig å gjennomføre, og hva som kan føre til at barnet blir oversett. Utgangspunktet deres er terapeutens opplevelse av ubehag i møte med foreldre og barn i samtalen. Hensikten for dem har vært å utvikle praksiskunnskap ved systematisering av terapeutens intuitive handlinger og refleksjoner. I sin analyse kom de frem til fire forskjellige terapeutiske dilemmaer. Det første dilemmaet var at foreldre snakker nedsettende om barnet og barnet trekker seg unna. Det andre at foreldrene tar så mye fokus at barnet blir usynlig, og det tredje dilemmaet var når barnet forteller noe vanskelig og foreldrene vil dekke over. Det siste dilemmaet var når barnet ikke vil snakke og foreldrene legger press på det. (ibid, s. 542 og 543).

Sofie opplever det å ha barn med i samtalen som en styrke i forhold til det fokuset hun ønsker i samtalen. Sofie sier. *”Jeg tror at foreldrene har mer fokus på barna enn på seg selv når barna er tilstede.”* Det at barna er med i samtalen gjør det lettere for terapeuten å holde fokus på barnet det skal hjelpe, noe som kan medføre fremdrift og tydeligere fokus i samtalen. Sofie reflekter videre når hun sier at:

*”både for terapeuter og foreldre tror jeg at barna takler det veldig greit å være tilstede på (i samtalen), men jeg tror vi som terapeuter blir kanskje er redde, tør ikke å være så direkte, eller direkte med foreldrene, blir litt forsiktig i måten vi spør på, og det er ikke at vi ikke skal være det, men det kan hende at det er noen ting som barna ikke trenger å høre, der vi snakker med foreldrene, men viss barna er med bør jo en nyansere litt. Det vil si at en er sikker på at barna forstår det eller (ikke) sitter igjen med skyldfølelse, eller blir redde, eller ja det er en del hensyn å ta når det er barn tilstede.*



Uttalelsen til Sofie antyder flere terapeutiske dilemmaer. Det første dilemmaet er om foreldre og terapeut håndterer å ha barnet med i samtalen, noe Sofie mener de gjør. Det andre dilemmaet handler om terapeutens utrygghet i forhold til å være så direkte med foreldrene som den ønsker. Dette fordi at barnets deltagelse blir forstyrrende eller mer krevende for terapeuten, og terapeuten kan bli engstelig for å si noe som støter eller krenker barnet og foreldrene.

Jeg opplever at Sofie tenker at barnet skal være mest mulig med i samtalen, men at hun også ser mange utfordringer og praktiske hensyn i forhold til barnets deltagelse. På den ene siden tenker hun at barnet håndterer godt å være med i samtalen, men på den andre siden er hun redd for at barnet ikke skal håndtere det likevel. Bengt Gøran Lindberg (2010, s. 74) sier at vi ikke behøver å være forsiktige med å si det vi vet. Det avgjørende er hvordan vi formidler den kunnskapen. Han viser til at forskning har påvist at de effektive elementene i behandling er den terapeutiske alliansen, empati og enighet om behandlingsmålene og samarbeidet. Det Lindberg (ibid) sier er at ved at en er åpen om den kunnskapen hjelper har tilgang til, og viser den kunnskapen frem i en form som er håndterlig for mottaker, så vil den styrke de virksomme elementene i behandling.

Sofie fremstår som lite konsistent, noe som kan forklares ved at hun reflekterer over egne ulike erfaringer og opplevelser i praksis. Sofies opplevelser, erfaringer og praksis er ikke i seg selv konsistente, men ulike fra sak til sak. Det kan også begrunnes med at samtalen blir mer kompleks, med utfordrende dilemmaer for henne å håndtere som terapeut. Hun føler på et ansvar for at samtalen skal bli god, hun vil ivareta barnet og behandlingsforløpet. Er det en reell frykt at barna ikke tåler å høre beskrivelser av situasjoner og opplevelser de lever med i hverdagen? Kan det være slik som Lindberg (ibid) sier, at barn og foreldre takler å høre det meste, og at det viktigste er hvilken kontekst og form det kommer til uttrykk? Det er flere hensyn å ta i en samtale med flere tilhørere. Desto flere som deltar i en samtale jo flere er det terapeuten kan støte eller krenke. Barn i samtalen blir sett på som den mest sårbare parten. Barnet kan ikke på samme måte stå opp for seg selv dersom foreldre eller terapeut ikke klarer å ta hensyn til og hjelpe barnet. Hvordan barnet opplever samtalen er vanskelig å vite, uten at barnet blir spurt og heller ikke da er det sikkert at barnet har noe klart svar på hvordan det selv opplever samtalen.

Nora blir stilt spørsmålet om hvordan en skal gripe barneperspektivet? Nora sier ”Så *kan jo barnet komme med sine uttalelser ja. Men i vår jobb så er det foreldrene som er vår vei inn for å si det sann*. Nora hører hva barnet sier, men holder fokuset på foreldrene. Hun forklarer det med at foreldrene er veien inn til barnets problem og til forandring av problemet. Det kan sees på som evidensbaserte forklaringer med utgangspunkt i den medisinske modellen. Problemet blir sett på som barnets atferd. Dette kan forstås som at barnet stemme og barneperspektivet blir satt til side for å kunne møte foreldrene i deres forståelse. Dette ut fra en forståelse at det er foreldrene som skal skape endring hos barnet.

Hafstad og Øvreeide sier at” Foreldre er barnets viktigste utviklingsressurs ved siden av barnets egen biologiske livskraft”( 1998, s. 13). Det poengterer viktigheten av å arbeide med foreldrene, men også det å inkludere barnet i behandling. Er barnet i motstand, kan en komme til kort ved bare å fokusere på foreldrene. Selv om barnet gjør som foreldre, lærere og terapeuter forventer, får ikke barnet nødvendigvis økt livskvalitet. ”Det er i samspillet med ansvarlige voksne at barnets egne forutsetninger vitaliseres og gjøres i stand til å etablere et utforskende, kreativ tilpassende og etter hvert bevisst forhold til seg selv og sine omgivelser” (ibid)

Sara er mer kritisk til å ha for mye fokus på foreldrene i behandlingen. Det passer ikke i forhold til hennes terapeutiske tenkning og hun tror heller ikke at det har den effekten hun ønsker. Sara sier ”Jeg *hadde gått mer lei viss jeg skulle ha bare jobbet med foreldre og veiledning av dem, og jeg har kanskje ikke så stor tro på det*. Utsagnet plasserer Sara nærmer den kontekstuelle modellen enn en manualbasert praksis. Det at Sara sier at hun hadde gått lei av å bare jobbe med foreldre kan ha mange aspekter? Det kan handle om at Sara har mange erfaringer og opplevelser der foreldrene ikke har klart å møte barnas behov i tråd med behandlingsmålet. Det kan også være at foreldrene har udekkede behov for egen del, eller konflikter som gjør at de vanskelig kan nyttiggjøre seg av hjelpetiltak rettet mot barna. Hafstad og Øvreeide sier;

”Å *skulle hjelpe et barn krever at vi er i stand til å håndtere den motsigelsen at foreldre bidrar til barnets problem, samtidig som de er den viktigste ressursen for at barnet skal kunne overkomme sitt problem*”( 1998, s. 17).

Det kan være at Sara ikke ser foreldreorienterte metoder som gode nok til å hjelpe disse barna, og at behandlingen må inkludere barnas deltagelse i større grad for å lykkes i behandling.

#### **4.4.2 I rommet mellom behandling og ansvar**

Informantene arbeider i et foreldre- og nettverkbasert tiltak i det Statlige barnevernet. Tiltaket har en hjemmebasert tilnærming og blir leid inn av det kommunale barnevernet for å bistå dem i alvorlige og utfordrende barnevernssaker. Dette kan være familier der det forekommer vold og overgrep.

Hva er det som gjør at det er vanskelig og ubehaglig å spørre barn og foreldre spørsmål om vold, overgrep, rus, og psykisk sykdom? Sara sier at hun ved mistanke kan spør barn og foreldre om vold og overgrep. Jeg spør Sara hvor sterk denne mistanken må være før hun spør. Sara sier at hun *”tenker visst barnet kommer og forteller det for eksempel, så er det bare å etterspørre det hos de voksne om de har opplevd episoder på samme måte som barnet gjorde.”* Hva sier dette om Saras opplevelser og erfaringer i å ivareta barn og barneperspektivet i foreldrefokusert behandling? Saras uttalelse kan dekonstrueres i ulike forståelser. Sara kan frykte at hun krenker foreldre og er redd for et påfølgende relasjonsbrudd med dem. Det kan være at Sara ser på foreldrenes problemer som private, som hun egentlig ikke har noe med å gjøre. Sara skal hjelpe barnet med det som foreldrene ønsker hjelp til, og har ikke ansvar for å hjelpe foreldrene med de problemene de eventuelt måtte være i besittelse av. Det kan være at Sara har en forståelse av at behandling og kontroll ikke kan forenes. Sara ser det ikke som en del av hennes ansvarsområde å stille spørsmål vedrørende omsorgssituasjonen. Kvale og Brinkmann (2009, s. 95) sier at vi gjør beskrivelser av hendelser tykkere ved å beskrive dem i deres kontekst. En slik forståelse viser nytten det kan være å stille foreldrene de nære spørsmålene. Likeledes kan de nære og konsekvensrelaterte spørsmål sette Sara i en posisjon hun ikke ønsker. Det kan være at spørsmålene kan få konsekvenser som at barnet må flytte hjemme ifra. Barnet kan oppleve at Sara svikter det, foreldrene legger skylden på Sara for den situasjonen de har kommet i og behandlingen blir avsluttet uten måloppnåelse.

Dersom barnet forteller om vold eller overgrep kan hun spørre, sier Sara. Er det barnet sitt ansvar å si fra om en uholdbar omsorgssituasjon eller er det terapeutens ansvar å spørre? Det

kan tolkes som om at Sara ubevisst plasserer dette ansvaret på barnet og det blir opp til barnet å si ifra, noe som oppleves surrealistisk med tanke på at det er barnet som skal ha hjelp. Hvordan kan dette forstås? En måte å forstå dette på er at Sara velger å ”skjerme” foreldrene og seg selv som terapeut, fordi det kan bli for ubehagelig og utrygt for Sara å stille disse spørsmålene. Det kan handle om behandlingsmetode, behandlingskultur generelt eller kulturen på Sara sitt arbeidssted for å stille konkrete og direkte spørsmål om foreldre som person og som omsorgsgiver. Det kan handle om manglende terapeutisk trygghet og en forståelse av at det verken vil hjelpe barnet eller foreldrene at barnet kanskje må flytte. Senere i intervjuet nyanserer Sara sin tidligere uttalelse og sier at hun;

*”kan nå godt bare spørre om det for den del, men det er sikkert ikke så lett å gjøre det. For min egen erfaring har jeg blitt mye tøffere i å tørre å spørre mye mer direkte spørsmål nå, enn da jeg var ny i dette her, så det går nå litt på det å stole på at det går bra å stille disse spørsmålene. Det er jo bra viss en da finner ut at det stemte jo, men det er for all del å få tatt det vekk, på en måte.*

Kan en forstå Saras behov for å nyansere med at temaet i intervju spørsmålet var så direkte og ansvarliggjørende, ble Sara overrumplet i intervjusituasjonen? Det sier noe om hvor krevende og utrygt det kan være å stille de tabubelagte og konsekvensrelaterte spørsmålene. Kvale og Brinkmann (2009, s. 50) sier at intervju personer kan i løpet av et intervju forandre beskrivelsene og holdningene sine til tema. Dette forklarer de med at intervju personen kan selv oppdage nye aspekter og sammenhenger ved temaet det blir intervjuet om. Hvordan kan vi forstå at terapeuter og barnevernsarbeider som i sin hverdag møter barn og foreldre med skjebner som Christoffer-saka og Alvdal-saka, ikke spør spørsmål om vold og overgrep? Dette vet vi at er barn og foreldre vi vil og skal møte i barnevernet og hjelpeapparatet for øvrig.

Kan dette analyseres ut fra en kulturforståelse? At hjelpeapparatet og behandlingsapparatet for øvrig ikke har kultur eller opplever ansvar i forhold til å ivareta slike spørsmål og ansvarsområder? Er det slik at en må venne seg til tanken om at en kan spørre barn og foreldre om de temaene en lurte på? Må det være en kultur i de ulike organisasjonen om å spørre de nære, konsekvensrelaterte og tabubelagte spørsmålene? Sofie sier at;

*”noen temaer snakker en gjerne om, eller spør om. Andre temaer der det kreves av oss som terapeuter at vi kan være åpne og fordomsfrie, og kunne tørre å utfordre oss selv i forhold til å vanskelige temaer.*

Det som karakteriserer det Sofie sier, er at det er vanskelig og krevende for terapeuten. Hun sier at noen temaer snakker og spør en om, mens andre temaer som er krevende for terapeuter krever at de må bli mer åpne, fordomsfrie og utfordre seg selv. Slik jeg forstår Sofie må terapeuter tørre å gå utenfor ”komfortsonen”. Sofie blir stilt spørsmål om hva som er vanskelige temaer å snakke og spørre om? Sofie sier at *”det kan være ting som har skjedd i oppveksten til barnet, det kan være overgrep, det kan være mobbing, det kan være ja...”* Jeg opplever i samtalen at Sofie blir noe unnvikende og spørsmålene blir mer konkrete fra min side. Sofie legger til at;

*”det kan det være ungdommer i forhold til seksualitet, homofili for eksempel, vanskelig for å tørre å gå inn å snakke med foreldrene, vi vet ikke om vi trækker dem på tærne eller om de blir sinte, frustrerte eller, kanskje de har en mistanke selv om at barnet er homofil, og at det er en vanskelig følelse å forholde seg til.*

Det oppleves som om at Sofie ”glir unna” og flytter fokuset fra foreldrene og tilbake på barnet. Kan dette forstås som at det er mer komfortabelt å snakke om barnets vansker enn om foreldres problemer, handlinger og omsorgskontekst?

Informantene arbeider i tiltak i det Statlige barnevernet og blir leid inn av det kommunale barnevernet for å bistå dem i alvorlige og utfordrende barnevernssaker. Vi vet at dette kan være barnevernssaker der det forkommer vold og overgrep. Likevel er det utfordrende, krevende eller utenkelig å stille det som benevnes som nære, tabubelagt og konsekvensrelaterte spørsmålene. Hvordan kan vi forstå at dette?

Nora får spørsmål om hvilke tanker gjør hun seg i forhold til å spørre foreldre om det har eller forekommer konflikter, vold og overgrep i familien. Nora tenker lenge og sier at hun;

*”kjenner litt på det ja, det er jo litt ulike fokus. Vi er jo der på endringsarbeid, jobber med konkrete mål. Da er en jo på en måte ferdig med undersøkelsen, foreldrene har sagt ”ja dette ønsker vi”. Jeg ser vel for meg at barnevernet har gjort en del av den kartleggingen i forkant.*

Slik jeg forstår det Nora sier, er det viktig at en jobber med det som foreldrene har *sagt ja til* å jobbe med. Hun ønsker å fokusere på behandlingsmålets atferdsendring som kan forstås som en evidensbasert tankegang. Ved en nærmere analyse kan det virke som om Nora har låst seg til foreldrene og de konkrete behandlingsmålene som foreldre har sagt ja til å jobbe med. Hva kan det fortelle oss om Noras praksis? Nora har kanskje et stramt fokus på behandlingsmålet og i mindre grad fokus på barnet og omsorgssituasjon? Hvordan kan vi forstå dette? Handler dette om at Nora har mer omsorg for foreldrene enn barnet eller handler det om behandlingsmetode og behandlingskultur? Nora opplever i intervjuet å være opptatt av hva som er det beste for barnet og viser omsorg for barna hun møter. Likevel kan det virke som hun blir fanget av behandlingsmålet. Behandlingsmåler er at Nora skal veilede foreldrene slik at de skal kunne endre egne barns atferd. Nora viser at hun er lojal mot den foreldreorienterte metoden og oppdraget hun har fått av foreldre og barnevern.

Hva gjør dette så vanskelig å forene med ansvaret for å stille spørsmål om vold, overgrep, rus, psykisk helse og behandlingsansvar i møte med barn og foreldre? Nora sier;

*”La oss si at det er en familie som tidligere har utøvd vold, så vil en jo ha det med seg i bakhodet å den slags, men jeg vet ikke om spørsmålet er naturlig å komme med når du er i en prosess, en endringsprosess der en jobber med konkrete mål. Lurer på hvordan det vil være når en jobber mot noe. Jeg klarer ikke helt å se at det skal komme inn helt. Eller kanskje det er, eller avsluttet altså når vi begynner så var det et problem sånn og sånn, så vi har opplevd og hadde det før e nå opphørt. Stemme eller ikke stemme, jeg vet ikke men...”*

Nora sier her at det er vanskelig å finne en naturlig inngangspunkt til temaet vold i møte med barn og foreldre.

Nora sier i intervjuet at barnevernet har gjort en del av kartleggingen av omsorgssituasjonen i forkant. Nora ser det ikke som hennes ansvarsområde å hjelpe barnevernet i videre kartlegging av omsorgssituasjonen, selv om hun ukentlig vil møte foreldrene i hjemmet. Dette til tross for at tett og jevnlig kontakt i hjemmet med foreldrene vil sannsynliggjøre gode muligheter for videre kartlegging.

I Noras praksis er det barnevernets ansvar å kartlegge omsorgssituasjonen. Hun skal konsentrere seg om behandlingsmålene. I en slik forståelse blir det tette skott mellom de ulike

instanser i hjelpeapparatet. Konsekvensen kan bli at en sitter på hvert sitt kontor i håp om at den andre instansen skal ta ansvar for barneperspektivet og omsorgssituasjonen. Barnevernet håper på den ene siden at det innleide tiltaket skal hjelpe dem å belyse barneperspektivet og kartlegge omsorgssituasjonen, mens tiltaket på sin side forventer at barnevernet tar det ansvaret. Konsekvensen kan bli det som Hafstad og Øvreeide (1998, s. 213) beskriver som handlingslammelse og privat kompenserende virksomhet. Privat kompenserende virksomhet kan være at barnevernstiltaket arbeider med atferdsendring igjennom foreldrene. Barnevernet på sin side håper at barnet og barneperspektivet blir forsvarlig ivarettatt og at omsorgssituasjonen er god nok så lenge de ikke hører annet. Er dette til barnets beste?

I intervjuet fikk Sara spørsmålet om en burde ha rutine i kartlegging og behandling for å spørre alle foreldre og alle barn spørsmål om vold, overgrep og konflikter i deres nære relasjoner? Sara forteller;

*"Det vet jeg ikke, det må du nesten spørre en annen terapeut om, med den kompetansen. Det tenker jeg at jeg ikke har noen kompetanse til å uttale meg om, egentlig. Noen ville si at da kan du fort komme til å risikere diverse, og gjøre vondt verre for barna, viss de får det spørsmålet og blir redde for å bli tatt å og de tingene der. Men det kan ta brodden vekk av det dersom at du har det på lista over alle spørsmålene du skal stille alle partene(barna og foreldrene), men jeg tror nå ikke det ville nødvendigvis ha hjulpet så mye visst det er det første du gjør i en sakskartlegging, så visst ingen har sagt det før, vil vel ingen nødvendigvis si det da."*

I analysen av Saras uttalelse oppleves det som kulturen for å stille de nære spørsmålene er fraværende. Hun opplever at hun ikke har kompetanse til å ta stilling til om en kan spørre barn og foreldrene de tabubelagte og konsekvensrelaterte spørsmålene. Kanskje Sara er bekymret for at foreldrene skal oppleve seg mistenkte for å utsette barna sine for vold og overgrep? Det kan forstås som en reell bekymring at foreldrene føler seg mistenkeliggjort. På den andre siden kan en terapeut som er usikker på om barnet lever i en omsorgskontekst med vold, overgrep, rus og psykisk sykdom få behov for å få innsikt i disse forholdene og av den grunn opptre på en måte som skaper avstand og mistenkeliggjøring av foreldrene. I en slik situasjon vil det kunne være befriende for barn, foreldre og terapeut å få bekreftet eller avkreftet denne mistanken, noe som må være til barnets beste.

#### **4.4.3 Oppsummering**

Informantene har ulike erfaringer og utgangspunkt med barn i samtale. Dette viser tendenser av tilfeldigheter i forhold til hvor barnets stemme, barneperspektivet er i foreldreorientert behandling. Det kan forstås som at dette handler om terapeuters faglige forankring til den medisinske eller kontekstuelle modellen.

Informantene viser hvor krevende og utfordrende det er å stille nære spørsmål og ut fra analysen, oppleves det som at det nærmest blir en kulturkollisjon mellom å tenke behandling og kartlegging av omsorgssituasjon. Informantene speiler et ubehag i forhold til å ta et mer aktivt ansvar for å kunne spørre de konsekvensrelaterte spørsmålene, og opplever at det mangler kompetanse. Dette selv om lang og tett kontakt familien ville kunne ha gitt dem flere muligheter til å spørre og kartlegge omsorgskonteksten. Informantene, slik jeg forstår dem, gjemmer seg litt bak den sterke tradisjonen om ”privatlivets fred” og at ”omsorgssituasjonens betingelser ikke er deres ”bord” og vanskelig kan ”forenes med behandling.” Dette kan føre til det Hafstad Øvreide (1998, s. 213) beskriver som handlingslammelse og privatiserende virksomhet.



## **5 Mellom ideal, evidens, kontekstuell og praksis**

I dette avsluttende kapittelet vil jeg forsøke å sammenfatte de refleksjoner og funn jeg har gjort meg i kapittel 4. Dette vil jeg gjøre ved å belyse ”Barneperspektivet i praksis”, ”Barnet mellom den evidensbaserte praksis og den kontekstuelle forståelsen”, ”Spørsmål om nære relasjoner og tilstander” og ”Foreldrene vi møter”. Kapittelet blir avsluttet med hvilken betydning denne studien og dens funn kan medføre for fremtidig forskning og utvikling.

Forskningen har vært et dypdykk inn i kollegaer og egen praksis. Kvale og Brinkmann (2009, s. 259 og 285) sier at forskers fortolkninger også kan strekke seg utover intervjupersonenes selvforståelse og sier at ingen form for fremstilling av tekst eller rapportering, er uskyldige. Forsker har hatt gjennom engasjement og interesse belyst og grepet fatt i temaer og spørsmål i henhold til problemstilling. Jeg har hatt som hensikt at informantenes stemmer skal være tydelige og godt ivaretatt i denne oppgaven. Forsker har hatt som mål at studien skal ha nytteverdi for de barn og foreldre vi møter i den terapeutiske hverdagen. Forskningen er ment å kunne gi et teoretisk og faglig tilfang, for å være ansvarliggjørende, og å ha nytteverdi for kolleger, for organisasjonen, for praksisfeltet og for meg selv.

I oppgavens innledning ble det stilt spørsmål om hvorfor vi ikke møter barn og unge som statikken sier lever i utrygge hjem og familier. Det ble stilt spørsmål ved om at vi som terapeuter ”gir oss for tidlig og blir for fort fornøyd” i forhold til å avdekke vold og overgrep. Barnevernsdirektør Elgesem sa at det trenges mot og kompetanse å gå litt lenger inn i barnevernssaker for å avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt. Hvilke svar har denne studien gitt oss?

### **5.1 Barneperspektivet i praksis**

Mitt hovedfokus i denne oppgaven har vært informantenes erfaringer og opplevelser av å ivareta barn og barneperspektivet i foreldrefokusert behandling. Ett av mine funn er at informantene i stor grad er fornøyd med egen praksis, og at de selv opplever at de klarer å holde fokus på barnet og barneperspektivet i deres foreldrefokuserte tilnærming i behandling. Et annet funn er at informantene ønsker mer fokus på barneperspektivet og i større grad å inkludere barnet i samtaler. Dette kan forstås som et paradoks, barneperspektivet fremstår vesentlig som en holdning, noe som er forventet av dem, og ikke som en integrert del av

praksis. Informantene oppleves å kjenne på presset og forventningene om å ha barneperspektivet med seg. Å ha fokus på barneperspektivet fremstår som et ideal, men tendenser i informantenes beskrivelser av praksis, fremstår barneperspektivet mer som noe de må ha med seg i bakhodet, enn som implementert i praksis.

Dette samsvarer med det Oddbjørg Skjær Ulvik (2007, s. 30 og 31) sier; at å søke etter barneperspektivet er mer å forstå som kulturelle idealer, som ikke nødvendigvis preger praksis. Ulvik sier at det er konsensus om at barneperspektivet skal søkes, men at det ikke er enighet om hva det innebærer, verken politisk eller i forskning. Ulvik sier videre at praksis blir preget av forventningen om å ta barneperspektivet inn i samtaler og behandling. Spørsmålet er om den foreldreorienterte tilnærmingen er tilrettelagt for å ta barneperspektivet? Den manualbaserte foreldreorienterte tilnærmingen er mer rettet mot å endre barns atferd og veilede foreldrene i den prosessen. Det kan hevdes at denne metoden ikke i stor nok grad tar høyde for å snakke og studere barn, eller å fokusere på barns selvopplevde virkelighet.

Et annet funn var at to av informantene var opptatt av praktiske utfordringer forhold til å inkludere barnet i samtalen. Eksempler på dette var å be barnet fri fra skolen, eller at terapeuten må møte barn og foreldre på kveldstid. I tillegg opplevde de at barnet kan skape uro med sin impulsivitet, som medvirkende faktorer til barnets manglende deltagelse i samtaler og behandling. Sofie snakket også om at det var mer håndterlig for henne å arbeide bare med foreldrene, og at det var mer krevende å ha med barn i samtalen.

Majoriteten av informantene ga uttrykk for at det er en styrke å inkludere barnet i samtalen. Sofie ser på det å ha med barn i samtalen som betydningsfullt for å holde fokuset på barnet, men at det er dilemmaer knyttet til dette. Dette kan være at terapeuten ikke kan være så direkte i samtalen som en ønsker, og det kan være tema som er vanskelig å ha med i samtalen, fordi det kan bli sårende for barnet. Nora på sin side har hovedfokuset på foreldrenes opplevelser og forståelser, og ser på dem som veien inn til barnets problem. Slik jeg oppfatter henne er det viktigere å møte foreldrene i deres forståelse, enn å vektlegge barneperspektivet for å skape endring. Sara har ikke tro på at det hjelper bare å arbeide med foreldrene, for å få til hensiktsmessige endringer hos barnet. Informantene speiler Oddbjørg Skjær Ulvik (ibid, s. 30 og 31) når hun sier at å ha fokus på barneperspektivet har høy legitimitet, men er lite synlig i praksis.

### **5.1.1 Barnet mellom den evidensbaserte praksis og den kontekstuelle forståelsen**

Ved en metodisk tilnærming som velger å ha fokus på atferd og samtale med foreldre, står en i fare for å velge bort annet fokus; nemlig fokuset på barnet og barneperspektivet.

Ett annet interessant funn er at informantene forstår barns atferd ut fra en kontekstuell modell. Informantene forklarer atferd som noe som oppstår på grunn av mangelfull samhandling i familien og foreldres egne udekkede behov, og i mindre grad som individuelle medfødte sårbarheter. Det at informantene forstår atferd i en kontekstuell forståelse, og blir anmodet av statlige føringer om å benytte evidens- og manualbaserte metoder, kan oppleves som en faglig motsetning. Det kan forstås som at en blir oppfordret om å behandle symptomet, men ikke symptomutløser. Studier av evidensbasert behandling (Kvelling 2007 og Ogden 2001) sier lite om langtidseffekten av evidensbaserte metoder. Deres behandlingseffekt blir målt i forhold til måloppnåelse ved behandlingsslutt, det vil si barnets atferdsendring. Amerikanske evidensbaserte metoder har blitt implementert i alle kommuner i Norge de siste årene. Jesper Juul (2011) hevder at det blåser iskalde evidensbasert vinder over Norge og viser til fremveksten av, og omfanget av evidens- og manualbaserte metoder har fått i offentlige institusjoner og hjelpeinstanser. Juul hevder at det viktigste motivet er at behandlingstilbudet skal være kostnadseffektivt, mer enn tilrettelagte for å møte barns behov for hjelp. Trond F. Aarre (2010, s. 42) konkluderer med at det evidensbaserte metodene har mindre effekt enn vi vanligvis går ut fra. De påvirker også langtidsforløpet av lidelsene mindre enn vi trodde før. Det kan altså være en god grunn til en nyorientering når det gjelder hvilket tilbud vi vil gi brukerne våre.

Laila Granli Aamodt (Rød 2011, s. 26 og 27.) frykter at fagperspektiver som handler om å se mennesker i de sammenhenger de inngår i, fortrenses av individuelle manualbaserte metoder både i barnevernet og i psykisk helsevern. Det som oppleves som grunnleggende i behandling av atferdsproblemer er hvordan terapeuter forstår atferd og hvordan denne forståelsen av atferdsproblemer er fundert. Når ”alt kommer til alt”, sier forskning at det er hendelser utenfor terapirommet, terapeuten og den terapeutiske relasjonen som det viktigste i et vellykket behandlingsforløp, uavhengig av metodevalg og tilnærming, jamfør Professor Per Jensen (2006) og hans beskrivelser av fellesfaktorene i behandling.

### 5.1.2 Foreldrene vi møter

Informanter beskriver at mange av de foreldre de møter, har så store egne behov at de i enkelte tilfeller ikke ser barns behov eller barneperspektivet, og foreldrene trenger terapeutisk hjelp til dette. Disse foreldrene har behov for å få oversikt og ta tak i disse behovene før de klarer å rette oppmerksomheten mot barnets behov. Det at foreldrene selv har problemer og behov gjør en foreldreorientert tilnærming komplisert. Sara forteller;

*”i en samtale kan en ofte føre en samtale med foreldre der en ser at de ikke klarer ta å perspektivet til barnet. Der de har kranglet eller har vært i en konflikt og tenker mest på seg selv og klarer da ikke å sette seg inn i barnet og hvordan det opplevde situasjonen.”*

Terje Ogden (Ogden 2001, 184) hevder at foreldreorienterte metoder som Parent Management Training (PMT) har sine begrensninger og viser til sier at ”både individuelle og kontekstuelle risikofaktorer bidrar til en høy grad av stabilitet i barns antisosiale atferd”. Det kan forstås som at de som har best utbytte av en foreldreorientert tilnærming er foreldre med gode psykososiale og sosioøkonomiske forhold. Er det slik at foreldre som sliter med samlivskonflikter, frykt, dårlig økonomi, sosial kompetanse og tilhørighet, kan ha vansker med å nyttiggjøre seg av en foreldreorientert tilnærming? Kan en endre barns atferd på en forsvarlig og etisk måte, uten at foreldrenes behov får en sentral plass, og uten grunnleggende endringer i omsorgskonteksten? Eller kan en arbeide med barn og foreldre i en evidensbasert og kontekstuell parallell prosess?

Det er overfor nevnt at informantene opplever at mange foreldre er slitne og i konflikter, og i liten grad evner å se andre behov enn sine egne. Sara opplever det så sterkt at hun stiller spørsmål om foreldrenes evne til empati. Et naturlig spørsmål er om en kan skape varige endringer i foreldres oppdragelseskompetanse, dersom foreldrene selv har store mangelfull behovsdekning?

Studien viser at informantene er skeptiske til om foreldre forteller ”sannheten” om egne problemer og utfordringer. Informantene gir uttrykk for at de i samtale med barnet undersøker om foreldres beskrivelser er troverdige. Dette kan forstås som at når informantene opplever ubehag ved troverdigheten av foreldrenes beskrivelser, så vil de i økende grad inkludere barnet samtalen, som en kontrollfunksjon for å sjekke om omsorgssituasjonen er trygg og forsvarlig.

I analysen viser informantene til at foreldrene må bli møtt på sine behov for å i større grad kunne se og møte barna i deres behov. Informantene beskriver at foreldre som i økt grad får dekket egne behov, vil i neste omgang kunne bedre se og forstå barnets behov. Paradokset kan være at dette på kort sikt kan gå på bekostning av fokuset på barnet og barneperspektivet, dersom dette ikke skjer i en parallell prosess.

### **5.1.3 Spørsmål om nære relasjoner og tilstander**

Informantene arbeider i et foreldre- og nettverkbasert tiltak i det Statlige barnevernet. Tiltaket har en hjemmebasert tilnærming og blir leid inn av det kommunale barnevernet for å bistå dem i alvorlige og utfordrende barnevernssaker. Dette kan være familier der det forekommer vold og overgrep.

Et viktig funn er at informantene opplever det som vanskelig og utfordrende å spørre foreldre om vold, overgrep og rus. Informantene opplever ikke spesielt ansvar for å stille foreldrene disse spørsmålene og ønsker heller ikke å ha ansvar for å stille dem. Informantene stoler på at det kommunale barnevernet har gjort dette. Informantene påpeker at det er det kommunale barnevernets ansvar å kartlegge om omsorgssituasjonen er god og forsvarlig i forhold til standarder og lovverk.

Dette kan forstås som et ”skylappfenomen”, ensidig fokus på måloppnåelse som igjen kan medføre det Hafstad og Øvreeide (1998, s. 213) beskriver som handlingslammelse og privat kompenserende virksomhet.

Etter mitt syn er det behov for et tverrfaglig ansvar for å spørre barn og foreldre spørsmålene som lurte i bakhodet; består barnets omsorgsbetingelser av vold, trusler om vold, overgrep, rus og foreldres sykdom? Kartlegging av barn og barneperspektivet er et kollektivt og tverretattlig og faglig ansvar, og ikke noe som en kan overlate til det kommunale barnevernet, alene! Håpet er at ny forskning og ny studier vil belyse det ansvaret jeg mener at alle som arbeider med barn og foreldre har, og de mulighetene det ligger i et mer helhetlig hjelpeapparat.

## **5.2 Hvilken betydning kan studien ha for fremtidig forskning og utvikling?**

Etter mitt syn er det behov for at det forskes videre på barn og barneperspektivet sin plass behandling. Dette gjelder både når barn og foreldre har behov og utfordringer. Dette kan være barn i barnevernet, i BUP eller hos andre hjelpeinstanser. Forskning som bidrar til et klarere blikk på barnet og barneperspektivet, kan medføre at vi som terapeuter kan gjøre mer treffsikre og ansvarligere valg i vurdering av metodisk tilnærming og valg av tiltak i møte med barn og foreldre!

Det er behov for forskning på behandlingseffekten av foreldreorientert metode. Studier som sier noe om hvilke barn og foreldre som er en hensiktmessig målgruppe for en foreldreorientert tilnærming. Det kunne være interessant med en studie som sier noe om effekten av behandling etter to og tre år i Norge, og forskning som kan si noe om hvilke betydning foreldres egne behov har i foreldreorientert metode som tilnærming.

Det er etter mitt skjønn behov for forskning som ser på sammenhenger mellom behandling og ansvar? Er det mulig å drive god behandling samtidig som viser en det motet barnevernsdirektør Elgesem etterspør for at barnevernsarbeidere skal gå lenger inn i sakene for å kartlegge om det finnes vold og overgrep? Handler dette om terapeutens mot, handler det om terapeutens kompetanse eller handler dette om manglende politiske føringer og en kultur for å undersøke mer?

## Litteraturliste

Aadland, E. (1993) *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*, 2. utg, Oslo, Det Norske Samlaget

Aarre, T. (2010) *Manifest for psykisk helsevern*, Oslo, Universitetsforlaget

Backe-Hansen, E. (1999) Barn og unge sett med voksne øyne. I: Jensen, A., Backe-Hansen, Bache-Wiig, H. og Kåre Heggen (red.). *Oppvekst i barnets århundre*, Oslo, Ad Notam Gyldendal forlag AS, s. 113-130.

Berg, T.I., Vinding, A., (01.06.10) Barnevernsdirektør: - Vi savner at flere melder fra (VG *NETT*) <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/foreldrevold/artikkel.php?artid=10007476>

Berg, T.I., Vinding, A., Alsaker-Nøstdahl, E. (02.06.10) Foreldrevolden: - Jeg eksisterer, men føler ikke at jeg lever. *VG NETT* <http://www.vg.no/nyheter/uten-annonser/artikkel.php?artid=10006634>

Borge, I. red (2007) *Resiliens i praksis*, Oslo, Gyldendal Akademisk forlag

Bunkholdt, V., Sandbæk, M. (1998) *Praktisk barnevernsarbeid*, Oslo, Universitetsforlaget

Dyregrov, A. (1998) *Barn og traumer*, Sigma forlag AS

Eide, B., Winger, N. (2003) *Fra barns synsvinkel, Intervju med barn- metodiske og etiske refleksjoner*, Oslo, Cappelen akademiske forlag

Fjell, A., Mohr M. (2006) Innledning. I: Fjell, A. og Mohr, M. *Foreldrearbeid i praksis*, Oslo, Cappelen akademiske forlag

Gjertsen, P-Å. ( 2007) *Forebyggende barnevern- samarbeid for barnets beste*, Bergen, Fagbokforlaget

Hafstad, R., Øvreeide, H. (1998) *Foreldrefokusert arbeid med barn*, Oslo, Høyskoleforlaget

Haugen, G. M. (2001) Skilt, men fortsatt i familie? I: Moxnes, K., Kaul, H., Kvaran, I., Levin, I. (red.). *Skilsmissens mange ansikter*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, s. 33-44.

Hårtveit, H., Jensen, P. (1999) *Familien pluss en*, Oslo, Tano Aschehoug

Jensen, P (2006) Hvordan kan ”den store psykoterapi debatten” påvirke forståelsen av familierapiforskningen? *Fokus på familien*, nr. 2 s. 91-107

Juul, J. (11.03 2011 ). ”Smittsom omsorgsvikt”.

*Dagbladet*[http://www.dagbladet.no/2011/03/11/magasinet/jesper\\_juul/barn/15770789/](http://www.dagbladet.no/2011/03/11/magasinet/jesper_juul/barn/15770789/)  
(lest 13.03 2011)

Johnsen, A., Sundet, R. , Torsteinsson V. (2000) *Samspill og selvopplevelse- nye veier i relasjonsorienterte terapier*, Oslo, Tano Aschehoug

Killen, K. (2007) *Profesjonell utvikling og faglig veiledning*, 3. utg., Oslo, Gyldendal akademisk forlag

Kloep, M., Hendry, L. (2003) *Utviklingspsykologi i praksis*, Oslo, Abstrakt forlag as

Kloster, K. (2006) Når barn og foreldre har psykososiale vansker. I: Fjell, A. og Mohr, M. (red.). *Foreldrearbeid i praksis*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag, s. 26-37.

Kure, A.k. (2011) *Atferdssenterets hjemmeside*, <http://www.atferdssenteret.no/>

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*, 2. utg, Oslo, Gyldendal akademisk

Kvello, Ø. (2007) *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*, Oslo, Universitetsforlaget AS

Køller (2001) Barn i faresonen – en betraktning om barnets helse i de nordiske velferdsstatene. I: Dyregrov, A., Lorentzen og Raaheim (red.). *Et liv for barn- utfordringer, omsorg og hjelpetiltak*, Bergen, Fagbokforlaget, 110-119.



Langdridge, D. (2006) *Psykologisk forskningsmetode*, Trondheim, Tapir akademisk forlag

Lindberg, B. G. (2010) Intervjuer med fyra par som søkte hjelp på Familierådgivningen i Stockholms Stad. *Fokus på familien, nr:1 s. 66-84.*

Midtstige, P. og Vik, G. (2007) ”oss står att liksom i eit anna land” – Dialog med barn når foreldrene er i konflikt. *Fokus på familien, nr:1 s. 20-36.*

Moxnes, K. (2001) Skilsmisens virkninger på barn. I: Moxnes, K., Kvaran, I. (Red.) *Skilsmisens mange ansikter*, Oslo, Høyskoleforlaget s. 17-32.

Mæhle, M. (2000) Bruk av barnespesifikk kunnskap i familieterapi. *Fokus på familien, nr:1 s.19-38.*

Mæhle, M. (2005) *Re-inventing the child in family therapy*, Oslo, Unipub forlag AS

Nielsen G, (1985): Noen alminnelige betraktninger – med særlig vekt på norske forhold. I: Nielsen, G. (Red) *Klinisk barnpsykologi*, Oslo, Universitetsforlaget AS s. 16-17.

Nilsson, M. og Trana (2000) Fra opplevd dilemma til mulige løsninger i terapeutiske samtaler med barn og deres foreldre. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, Volum 3, s. 541-551.*

Ogden, T. (2001) Aggressive og utagerende barn. I: Dyregrov, A., Lorentzen og Raaheim. *Et liv for barn- utfordringer, omsorg og hjelpetiltak*, Bergen, Fagbokforlaget, 173-185.

Repstad, P. (1998) *Mellom nærhet og distanse*, 3. utg, Oslo, Universitetsforlaget AS

Repstad, P (23.06.2009) Å forske blant sine egne. *Universitetet i Agder*.  
[http://www.uia.no/no/portaler/aktuelt/kronikker\\_og\\_artikler/aa\\_forske\\_blant\\_sine\\_egne](http://www.uia.no/no/portaler/aktuelt/kronikker_og_artikler/aa_forske_blant_sine_egne)

Rød, P A (2010) Konfliktfylte barnefordeling – arena for barnevernet? *Fokus på familien* 38 (Nr. 2) s. 92-114.

Rød, S. (2011) Sosionomer: Hvor har det blitt av oss? *Fontene, 04-2011 s. 26-27.*

Skau, G. (1992) *Mellom makt og hjelp*, 2 utg, Oslo, Tano Aschehoug

Skjerve, J. (1998) Atferdsterapi med barn. I: Nielsen, G.(Red.) *Klinisk barnepsykologi*. Oslo, Universitetsforlaget AS s. 39-46.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. et al (2010) *Psykiatriboken, Sinn-kropp-samfunn*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Smith, J., Flowers, P., Larkin, M (2009) *Interpretative phenomenological analysis*, London, SAGE Publications Ltd.

Sommerschild, H., Grøholt, B. (1989) *Lærebok i barnepsykiatri*, 2. utg, Oslo, Tano Aschehoug

Stefansen, K. (2007) Vold og overgrep mot barn og unge. *NOVA Rapport 20/07 Nova undersøkelse, 2007.*

Stortingsmelding 39, 2001-2002 punkt 9.5.1. *Oppvekst- og levekår for barn og ungdom i Norge*. Barne-, likestilling-, og inkluderingsdepartementet.

Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*, 3. utg, Bergen, Fagbokforlaget

Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Bergen, Fagbokforlaget

Thuen, F. (2001). Barn og skilsmisser. I: Dyregrov, A., Lorentzen og Raaheim (red.). *Et liv for barn- utfordringer, omsorg og hjelpetiltak*, Bergen, Fagbokforlaget, s.159-172.

Ullenberg, I. og Øfsti, A. (2010) Leder. *Fokus på familien* 38 (nr. 3) s. 188-189.

Ullenberg, I. og Øfsti, A. (2010) Leder. *Fokus på familien*, 38 (nr. 2) s. 91- 92

Ulvik, O. S. (2007) *Seinmoderne fosterfamilier*, Oslo, Unipub

Vespestad, L. (23.12.2010) Påstand om forvaring for de to hovedtiltalte. *NRK nettavisen*.  
[http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/hedmark\\_og\\_oppland/1.7437635](http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/hedmark_og_oppland/1.7437635)  
(lest 23.12.2010)

Wadel, C. (1990) *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten*, Flekkefjord, SEEK A/S

Wadel, C. (1991) *Feltarbeid i egen kultur*, Flekkefjord, SEEK A/S

Wellen, M. (2006) 100 000 Barn lever og opplever vold i nære relasjoner. *Røde kors sine publikasjoner – magasin nr 3/ 2006*.  
<http://www.ub.uit.no/munin/bitstream/handle/10037/1602/thesis.pdf?sequence=1>

Wilson, J. (1998) *Child-focused practice- A collaborate systemic approach*, London, Karnac Ltd.

Øfsti, A. (2010) *Parterapi- kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid*, Oslo, Universitetsforlaget AS

Ølgaard, B. (1996) *Kommunikation og økomentale systemer ifølge Gregory Bateson*, 2. utg, Oslo, Akademisk forlag

Øvreeide, H. (1995) *Samtaler med barn*, Oslo, Høyskoleforlaget AS

# INTERVJUGUIDE

**”Hvor er barneperspektivet i terapeutiske samtaler med foreldre” – terapeuter sine beskrivelser av samtaler med foreldre til barna som mottar et hjemmebasert tilbud fra Barne-, unge- og familieetaten (Bufetat).**

## **Innledning:**

Introdusere temaet, formålet med undersøkelsen, hvorfor informanten er valgt, (henviser til informasjonsskrivet).

**”Med barneperspektivet mener jeg barnas selverfarte virkelighet”**

**Jeg vil definere inn barnets stemme og barnets beste som en del av barneperspektivet. Barnets stemme, barnets beste og barneperspektivet vil og kan bli brukt om hverandre. Det av den grunn at det er barnet sin plass i en samtale der det ikke er fysisk til stede som er i fokus i forskningen**

## TERAPEUTENS BESKRIVELSER OG TOLKNINGER AV EGNE ERFARINGER

### *Forskerspørsmål 1:*

**Hva er informanten sin opplevelse av barneperspektivet, og hvor står informanten selv i forhold til barneperspektivet?**

- Hva er barneperspektivet for deg?
- Hvem bestemmer hva som er barneperspektivet?
- Hvordan vet en om en klarer å ta barnet sitt perspektiv?
- Hvordan opplever du at barneperspektivet kommer til uttrykk i samtale med foreldre?

### *Forskerspørsmål 2:*

**Hva er informanten sin og erfaringer opplevelse med barneperspektivet i samtaler med foreldre?**

- Hva er din erfaring som må til for å kunne ivareta barneperspektivet i samtale med foreldre?
- Kan du fortelle en historie om en samtale der du opplevde å ane og fange barneperspektivet i samtale med foreldre?

- Hva var det som ga deg opplevelsen av at det var "barnetsstemme" som kom ut i rommet?
- Hvordan berørte barneperspektivet deg?
- Hva var det som ga gjenklang hos deg?
- Hva gjorde du som terapeut slik at barnetsstemme fikk plass i samtalen?
- Hva gjorde at foreldrene ga plass til barnetsstemme?
- Kan du fortelle en historie om en samtale der du opplevde at barneperspektivet ikke fikk plassen det skulle ha hatt i samtale med foreldre?
- Hva var det som gjorde at barnetsstemme ikke fikk "god nok plass" i samtalen.
- Dersom en skulle gjort noe annerledes, hva skulle det ha vært?

### *Forskerspørsmål 3:*

#### **Fordeler og utfordringer knytt til å fokusere på barneperspektivet i samtaler med foreldre?**

- Hva er fordelen med å ha fokus på foreldrene sine opplevelse og perspektiv?
- Hva er det som utfordrende med å gi plass til barneperspektivet i samtaler med foreldre?
- Har barneperspektivet den plass i samtaler med foreldre det skal ha?
- Hva kan være utfordrende med samtaler der barn deltar?
- Hva kan være styrke ved at barna deltar i samtalen med foreldre?
- Hva er det kan som styrker barneperspektivet i samtale med foreldre?

### *Forskerspørsmål 4:*

#### **Har fokuset barneperspektivet blitt styrket eller svekket de siste året, hva tenker en barneperspektivets plass i fremtiden?**

- Tenker du at fokus på barneperspektivet har blitt styrket eller svekket de siste åra?
- Hvilken plass tror du barneperspektivet vil ha om ti år?
- Tror du at barnet vil bli mer eller mindre deltakende i samtaler med foreldre om ti år?
- Har valg av metodisk tilnærming noe å si i forhold til fokus på barneperspektivet?
- Hva og hvilke tenker du på da?

- Hva vil være viktig for å kunne i hold fokus på barneperspektivet i samtaler med foreldre, dersom en ønsker det?
- Familieværnet/familiekontorene har vært kritisert for å ha lite direktekontakt med barnet. Hva tenker du om din terapeutiske praksis?
- Hva tror du som gjør at det er mer fokus på samtaler med foreldre, enn med barnet?

*Forskerspørsmål 5:*

**Hvilke ansvar har terapeuten i forhold til å ivareta barneperspektivet plass i samtale med foreldre**

- Hvem har ansvaret for at barneperspektivet skal plass i samtalen?
- Hva er det som avgjør om en samtale har vært god?
- Hvem har samtalen vært god for?
- Hva har samtalen vært godt for?
- Hva tenker du om terapeutens egen opplevelse av mestring i å ivareta barneperspektivet i samtaler med foreldre?

Er det noe helt til slutt vil kommentere, noe som ble feil eller du vil tilføye i forhold til det vi har snakket om?

# INFORMASJONSSKRIV

**PROSJEKTNUMMER: 23487**

**Informasjon om masteroppgave prosjektet; samtaler med foreldre som metode i behandling av barn i Barne-, ungdoms-, og familieetaten (Bufetat) i Sogn og Fjordane. Lov om barnevernstjenester kapittel 4 § 4-1 der hensynet til barnet beste blir fremhevet. Hvordan blir hensynet til barnets beste meningsfylt og utfordrende for terapeutene i samtaler med foreldre.**

I forbindelse med min mastergradstudie i familieterapi på Diakonhjemmet Høgskolesenter i Oslo, ønsker jeg å undersøke terapeuten sine erfaringer med å i vareta barnets beste i samtaler med foreldre.

Hensikten med studiet er å få frem kunnskap om hva terapeuter med utgangspunkt i barnets beste opplever som meningsfylt og utfordrende i arbeid med foreldre til barna som mottar et tilbud fra Familie og nettverkstiltaket (FNT). FNT er en hjemmebasert modell som er utviklet i Sogn og Fjordane. FNT er blant annet ment å være et alternativ til Multisystemisk terapi (MST). Bufetat i Sogn og Fjordane tilbyr ikke MST.

Undersøkelsen blir i form av intervjuer. Jeg vil intervjuer en-to terapeuter fra hvert av de tre teama i Sogn og Fjordane og gjøre lydopptak av intervjuene som senere transkriberes. Opplysningene som kommer frem under intervjuene vil bli anonymisert. Veileder vil brukes som hjelp til å kontrollere at omskriving tar vare på anonymitet uten å forvrengte det faktiske forholdet. Min veileder er psykolog og familieterapeut Erik Leinum telefon 23 46 76 50 eller 95 27 91 23.

Datamaterialet vil bli slettet ved prosjektets slutt, juni 2011.

Samtykke erklæring underskrives før intervjuene gjennomføres. Det er frivillig å delta og informantene kan når som helst trekkes seg fra prosjektet uten å begrunne det og få allerede innsamlete opplysninger om seg selv slettet.

Med vennlig hilsen

Frank Leversund

## **SAMTYKKEERKLÆRING VED INNSAMLING OG BRUK AV PERSONOPPLYSNINGER TIL FORSKNINGSFORMÅL.**

Jeg har mottatt muntlig og skriftlig informasjon og er villig til å delta i studiet av samtaler med foreldre som metode i behandling av barn i Barne-, ungdoms-, og familieetaten (Bufetat) i Sogn og Fjordane. Hensikten med studiet er å få frem kunnskap om hva terapeuter med utgangspunkt i barnets beste opplever som meningsfylt og utfordrende i samtaler med foreldre til barna som mottar et tilbud fra Familie og nettverkstiltaket (FNT).

Prosjektet ledes av familieterapeut og mastergradsstudent Frank Leversund ved Sunnfjord Barn-, og Ungdomssenter, avd. FNT og student ved Diakonhjemmets Høgskolesenter i Oslo. Min veileder er psykolog og familieterapeut Erik Leinum telefon 23 46 76 50 eller 95 27 91 23.

Samtykke erklæring underskrives før intervjuene gjennomføres. Det er frivillig å delta og informantene kan når som helst trekke seg fra prosjektet uten å begrunne det og få allerede innsamlete opplysninger om seg selv slettet.

Datamaterialet vil bli slettet ved prosjektets slutt, juni 2011.

Samtykke erklæring underskrives før intervjuene gjennomføres. Det er frivillig å delta og informantene kan når som helst trekkes seg fra prosjektet uten å begrunne det og få allerede innsamlete opplysninger om seg selv slettet.

Jeg samtykker herved i at opplysninger jeg gir i intervjuet kan brukes i dette prosjektet.

Jeg er innforstått med at alle opplysninger ved rapportskriving vil bli behandlet konfidensielt.

.....  
Dato

Underskrift





Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Anne Øfsti  
Diakonhjemmet Høgskole AS  
Postboks 184 Vinderen  
0319 OSLO

Vår dato: 09.02.2010

Vår ref: 23487 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.01.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23487

Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student

*Samtale med foreldre som metode i behandling av barn*

Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder  
Anne Øfsti  
Frank Leversund

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

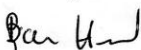
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henriksen

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Frank Leversund, Havrenesveien 7 A, 6900 FLORØ

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)



## Prosjektvurdering - Kommentar

23487

Utvalget omfatter 3-6 terapeuter ved Familie- og nettverkstiltaket i Sogn og Fjordane. Prosjektleder oppretter førstegangskontakten.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner i utgangspunktet skrevet tilfredsstillende, men forutsetter at det også oppgis navn og telefonnummer til veileder og at det informeres om at det er frivillig å delta og at en når som helst kan trekke seg og få allerede innsamlete opplysninger om seg slettet. Det vises forøvrig til våre hjemmesider på Internett for tips for utarbeidelse av informasjonsskriv, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/informasjon.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/informasjon.html). Personvernombudet ber om at kopi av endelig skriv ettersendes før det tas kontakt med utvalget.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju. Det benyttes lydbåndopptak. Det samles inn og registreres opplysninger om bl.a. terapeutene sine egne erfaringer, vurderinger og tolkninger relatert til samtale med foreldre som metode i behandling av barn. Personvernombudet forutsetter at det ved intervjuet ikke spørres om og innhentes opplysninger om identifiserbare tredjepersoner (her foreldre og barn). Vi minner om at terapeutene er underlagt taushetsplikt og ikke kan gi opplysninger om enkeltbarn uten at han/hun blir løst fra sin taushetsplikt, enten ved samtykke fra foresatte eller at det innhentes dispensasjon fra taushetsplikten fra dispenserende myndighet. Personvernombudet forutsetter at kopi av intervjuguide sendes så snart den foreligger og før det tas kontakt med utvalget.

Innsamlete opplysninger registreres på fysisk isolert pc tilhørende virksomheten og pc i nettverk tilknyttet Internett tilhørende Diakonhjemmet Høgskole AS.

Innsamlete opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 30.06.2011. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Lydbånd makuleres.